ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt II.

za rok 1891.

(z trzema drzeworytami).

TREŚĆ:

Odczyty. Str.

KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt II.

za rok 1891.

(z trzema drzeworytami).

TREŚĆ:

Odczyty. Str.

KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1892.




Biblioteka Jagiellońska
1002157984

I. Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1891.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7-iu.

---

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia roku zeszłego.

2) Dr. L. Neugebauer z Warszawy został wybrany członkiem korrespondentem Towarzystwa.

3) Polecono kol. Marsowi, aby przesłał wyjaśnienia do c. k. Policyi w Krakowie, która się zapytuje: ilu członków liczy Towarzystwo i jaki posiada majątek?

4) Następnie składali sprawozdania roczne funkcyonaryusze Towarzystwa.

Kol. Mars jako sekretarz administracyjny zaznacza, że po uzyskaniu potwierdzenia statutu przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie, rozesłano 600 zaproszeń do lekarzy w Galicyi, aby zechcieli się zapisywać na członków korrespondentów Towatrzystwa, skutkiem czego zgłosiło się członków korrespondentów 16; dalej zawiadamia, że drukarnia Uniwersytecka przyrzekła drukować Sprawozdanie roczne Towarzystwa po téj samej cenie co „Przegląd lekarski".

Kol. Kohn jako podskarbi wykazuje, że złożyło wkładki: 16 członków korrespondentów, co czyni 32 fl., zaś 15 członków czynnych co czyni razem. 120 fl. Stan czynny wynosi 152 złr. w. a. Co się tyczy stanu biernego, to wydano za kwitami: Nr. 1. 25 fl. 25 kr., Nr. 2. 2 fl. 50 kr. Nr. 3. 8 fl. 80 kr., zaległości członków wynoszą 35 fl. reszta kasowa 80 fl. 45 c. czyli stan bierny wynosi 152· fl.

Kol. Braun jako sekretarz naukowy przedstawił działalność naukową Towarzystwa zaznaczając, że w ciągu roku odbyło Towarzystwo 16 posiedzeń z których 12 było nau-

kowych a 4 administracyjnych. Na posiedzeniach naukowych prócz odczytów przedstawiano chorych, preparaty anatomiczne, narzędzia, w czem brali udział prawie wszyscy członkowie Towarzystwa. Na posiedzeniach administracyjnych załatwiono: 1) sprawę statutu Towarzystwa. 2) sprawę sprawozdania rocznego. 3) sprawę referatów do sekcyi ginekologicznej VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

5) Na wniosek kol. Harajewicza potwierdzono na rok następny wybór całego wydziału Towarzystwa.

6) Na wniosek koł. Kohna i Marsa przydzielono poszczególnym członkom sprawozdania z dzienników niemieckich i innych do „Przeglądu lekarskiego" z ginekologii i polecono koledze Harajewiczowi zajęcie się bliższe całą tą sprawą.

7) Na wniosek kol. Marsa uchwalono aby powyższe sprawozdanie doroczne było in extenso umieszczone w „Przeglądzie lekarskim".

II. Posiedzenie 3 lutego 1891.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 4. a jako gość Dr. Aleksander Rosner.

---

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Dr. L. Neugebauer dziękuje za zamianowanie go członkiem korrespondentem Towarzystwa.

3) Kol. Mars pokazał pod drobnowidzem preparaty gruczolaka złośliwego macicy (adenoma destruens uteri).

Z tych jedne skrawki pochodziły z macicy przedstawionej na posiedzeniu Tow. ginekol. w dniu 21 października 1890 r. Drugie zaś również z macicy wyciętej przez pochwę u osoby liczącej lat 55, której przed laty 13 tu Pirogoff wyciął polipy z macicy. Po operacyi tej przez lat kilka miała się pacyentka zupełnie dobrze; od lat 3-ch cierpi na krwotoki i skutkiem tychże wielokrotnie była operowaną, jednakowoż zawsze bezskutecznie, a obecnie poddała się doszczętnemu wycięciu macicy przez pochwę.

Skrawki te przedstawiają różne postacie gruczolaka złośliwego macicy i tak: na skrawkach pochodzących z pierwszego przypadku, widać mnóstwo przekrojów gruczołów ze sobą powikłanych o różnych rozmiarach. Gruczoły te w kępkach wrastają w zdrowy miąższ macicy, który pomiedzy niemi zanika. Pomiędzy utkaniem prawidłowem macicy a utkaniem gruczolakowem można widzieć granicę, która bieży w linii zygzakowatej.

Na skrawkach zaś pochodzących z drugiego przypadku podobnej granicy wykazać nie można. Wśród miąższu prawidłowego macicy widac gruczoły, które drażą w ścianę macicy, w kierunku uwłóknienia tejże. Gruczoły te leżące tu i owdzie, przedstawiają eliptyczne przekroje często po dwa ułożone, tak, że z obrazu pod drobnowidem musimy wynieść przekonanie, że gruczoły te nadmiernie wydłużone są kształtu korkociagów. Im więcej posuwamy skrawki pod drobnowidem w kierunku utkania prawidłowego, tem rzadsze są przekroje gruczołów, ale krańców ich dosięgnąć nie można.

Podczas gdy w pierwszym przypadku przeważa obok rozrostu gruczołów i pomnożenie tychże, to w przypadku drugim przeważa przerost w kierunku tychże podłużnym.

III. Posiedzenie 3 marca 1891.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7, jako gość kandydat medycyny Władysław Szymonowicz demonstrator przy katedrze fizyologii.

---

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.
2) Kol. Braun odczytał rzecz:

O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem.

Dopóki utrzymywano, że każda przeszkoda porodową pochodzi od zbyt gwałtownych ruchów płodowych, przypuścić wypada, że dopóty nieznano ścieśnienia miednicy; dopiero gdy Smellie zwrócił uwagę, że istnieją miednice prawidłowe i takie, przez które płód z trudnością przechodzi, zaczęto się zastanawiać nad rodzajami i przyczynami ścieśnienia miednicy. Dlatego słusznie przypuścić możemy, że pierwsza wiadomość o istnieniu osteomalacyi odnosi się do początku wieku XIX i pierwszy, który zwrócił na nią uwagę, był Stein starszy, który nietylko pierwszy wspomina o téj chorobie kości, lecz i pierwszy wykonał cięcie cesarskie z powodu osteomalacyi.

Pomimo jednak, że znamy od wieku osteomalacyję i w czasie tym wykonano nad tym przedmiotem rozliczne

doświadczenia i poszukiwania, przyczyna powstawania rozmiękczenia kości jest jeszcze dotąd niewyjaśnioną. Wiemy tylko tyle, że jestto choroba ogólnego odżywienia, usadowiająca się w kościach, z przebiegiem przewlekłym, wyniszczająca powoli cały ustrój, podobnie jak charłactwo rakowe, cukrówka, złośliwa niedokrewność, chroniczne zapalenie nerek i t. p. i kończąca się śmiercią osoby przez przyłączającą się z czasem gruźlicę płuc. Zdarza się najczęściéj u kobiet w okresie dojrzałości płciowéj, wyjątkowo u dziewcząt, które jeszcze nie miesiączkowały i u kobiet starszych po 50 roku życia, które przestały miesiączkować. Zostaje w ścisłym związku z okresem płodzenia i dojrzałości płciowéj, gdyż rozwija się zwykle u kobiet, które przedtem kilka razy rodziły, powstaje najczęściéj podczas ciąży lub połogu, a pogarsza się zwykle podczas każdorazowéj ciąży. Co do karmienia, twierdzi Fehling, że takowe nie ma wpływu na powstanie choroby, gdyż widział bardzo często to cierpienie u kobiet, które albo bardzo krótki czas, lub wcale nie karmiły, a przeciwnie nie spostrzegał osteomalacyi u kobiet, które zwykły karmić zadługo, bo od 1—2 lat, jak to się dzieje u kobiet japońskich i mieszkanek południowéj Francyi.

Po za okresem zapłodnienia dopóki kobieta jest jeszcze zdolną do zajścia w ciążę, pogarsza się choroba już rozwinięta, ustępuje, skoro regularność ustąpi na zawsze, czy to dobrowolnie, czy to po wycięciu macicy i jajników. Nagabuje nietylko osoby ubogie, odżywiające się niedostatecznie i nędznie, mieszkające w ciasnych ciemnych i wilgotnych izbach, zajęte ciężką pracą i troską o jutro, lecz nie oszczędza także i osób zamożnych, pędzących spokojny i błogi żywot wśród najkorzystniejszych warunków życia. Zdawałoby się jak gdyby pewne wpływy atmosferyczne i teluryczne działały sprzyjająco na rozwój choroby, bo występuje nagminnie w pewnych okolicach, jak nad brzegami Renu, w północnych Włoszech około Medyjolanu i w niektórych kantonach Szwajcaryi, w Flandryi i Kalabryi podczas gdy w innych krajach, jak Anglii, owéj siedzibie spokrewnio-

néj objawami z osteomalacyją choroby angielskiej, i północnéj Ameryce należy do zjawisk bardzo rzadkich.

Rozwija się zwykle nader powoli, ztąd rozpoznanie samego zawiązku choroby jest trudne, gdyż rozpoczyna się takiemi samemi objawami jak gościec mięśniowy, stawowy, grużlica kości i t. p. Pierwszy zaś objaw, który zwraca naszą uwagę na możność rozwinięcia się tej choroby, jest ból w krzyżach i miednicy, uważany nieraz mylnie za ból gośćcowy. Bóle te występują szczególnie podczas ucisku na kości miednicy, stąd najczęściej podczas podnoszenia ciężarów, siadania na twarde krzesło i chodzenia. Po niejakim czasie przenoszą się bóle na klatkę piersiową, stąd głębokie wdechy są dosyć przykre, a w końcu zajmują kończyny, oszczędzają zaś jedynie głowę. Z tego powodu nie lubią chore dotknięte osteomalacyją wiele chodzić, wstrzymują się od pracy, bo wszelkie ruchy ciała są dla nich bardzo bolesne. Dopóki zajęte są kości miednicy, chore poruszają się powoli, mocno przechylone ku przodowi i zwykle wsparte o kij, drugą osobę lub jaki sprzęt domowy. Jeżeli dodamy do tego wyraz twarzy blady, znękany i policzki wychudłe, to nawet najmłodsze osoby robią na nas wrażenie wcześnie rozwiniętego i daleko posuniętego uwiądu starczego. Chód takich chorych, jak i ustawienie stóp są charakterystyczne, chore bowiem, aby się naprzód posunąć, zwykły zwalać cały ciężar ciała na jednę kończynę, na któréj się wspierają, podczas gdy drugą kończynę podnoszą lekko ku górze i ostrożnie posuwają naprzód, przenosząc teraz ciężar ciała na kończynę przednią i w ten sam sposób co wyżéj, posuwając kończynę drugą naprzód. Gdy chora tak idzie, to jak słusznie Schroeder zauważył, robi wrażenie, jak gdyby chciała się posuwać naprzód na jednéj nodze. Jeżeli stoi spokojnie, to stopy są zawsze blisko siebie ułożone, zwrócone palcami dużemi ku sobie. Chód powyższy nazywają niektórzy autorowie poziomym. Po niejakim czasie staje się i chód dla takich chorych uciążliwy i zmuszone są ciągle pozostawać w łóżku, wyczekując zbliżającéj się powoli śmierci.

Leżenie w łóżku, chociażby najspokojniejsze, staje się z czasem bardzo uciążliwe i dotkliwe, skoro zajęte zostaną i kości klatki piersiowéj. Ciężarem ciała ugniecione kości jednéj strony, zmuszają chorą do ciągłego przewracania się na bok drugi i układania się w inne położenie. Wskutek tego i noce są dla takich chorych prykre, trapi ich bezsenność, która podkopuje już i tak bardzo wątłe siły organizmu.

U niektórych chorych dość wcześnie występuje uporczywy kaszel, duszność, jakoteż kolka brzuszna i biegunka, co według niektórych autorów ma pochodzić od drażnienia błony śluzowéj oskrzeli i przewodu pokarmowego przez nadmiernie wydzielające się sole wapienne na powierzchnię błon śluzowych.

Badania podobnych chorych przeprowadzone dotąd w rozlicznych kierunkach przez różnych autorów, głównie Fehlinga nie doprowadziły do wyników dodatnich.

Osoby takie są zwykle malego wzrostu, blade, wychudłe, o skąpéj lub zanikłej podściółce tłuszczowej, pochylone lub w łóżku leżące skurczone, żalące się na ogólną obolałość ciała, wzmagającą się podczas ruchów lub ucisku na kości, przyczem możemy stwierdzić, że już najlżejszy ucisk jest bolesny, a kości są nader miękkie i tak podatne, że w przypadkach daleko posuniętej choroby można je z łatwością i nieraz dość znacznie odchylać lub zaginać na wszystkie strony. Dlatego rozróżniają niektórzy autorowie dwie formy osteomalacyi:

1) rozmiękczenie kruche (*osteomalacia fracturosa*), gdzie jeszcze pewna część kości twardéj pozostała, przezco kości dadzą sie z łatwością złamać ale nie naginać; — 2) rozmiękczenie woskowe (*osteomalacia cerea*), gdzie sprawa tak daleko postąpiła, że kości są jakby wosk miękkie i podatne. Możemy powiedzieć, że pierwsza forma jest początkowym, a druga późniejszym okresem choroby.

Rozmiękczenie kości występuje najpierw w miednicy i to najwcześniej w przedniéj połowie takowej, późniéj zajmuje tylną połowę miednicy, żebra, mostek, a w końcu kończyny. Ten postęp choroby można stwierdzić klinicznie,

a zarazem wywiady wykazują, że bole pochodzące od rozmiękczenia występują najpierw w miednicy, później dopiero przechodzą na tułów.

Z powodu podatności kości poszczególne ulegają różnemu nieprawidłowemu zniekształceniu, jak zagięciu, załamaniu i odwinięciu, co można najwyraźniéj widzieć na kościach miednicy.

Miednica rozmiękła jest, biorąc rzecz klinicznie, miednicą niepomiarową i ścieśnioną ogólnie, ale przeważnie w wymiarze poprzecznym, zhociaż najwięcéj skrócony bywa wymiar krzyżowo-biodrowy (*distantia sacrocotyloidea*) wynoszący w prawidłowych warunkach 8 cm., w przypadkach cierpienia daleko rozwiniętego, równający się zeru, tó jest, że wzgórek kości krzyżowéj dotyka panewek biodrowych. Z powodu niejednostajnego i równoczesnego rozwinięcia się choroby w obu połowach bocznych miednicy jest zwykle jeden wymiar krzyżowobiodrowy więcéj skrócony od leżącego po stronie przeciwnéj.

Zmiany, jakie rozmiękczenie sprowadza w miednicy, dają się z łatwością wytłomaczyć, jeżeli uzwględnimy, że miednica rozmiękła składa się z kości miękkich i podatnych, a z drugiéj strony, że na taką miednicę działają siły, które w zwykłych warunkach wywierają tak olbrzymi wpływ na kształt miednicy.

Pierwszą, a zarazem najważniejszą taką siłą jest ciężar kręgosłupa, odpychający kość krzyżową ku dołowi, wskutek czego kość krzywa obraca się niejako około swéj osi poprzecznéj, łączącéj punkta przyczepienia więzadeł krzyżowobiodrowych (*ligamenta ileosacralia*) i obniża się część górna t. j. wzgórek krzyżowy ku dołowi i naprzód zbliżając się tem samem do spojenia łonowego, podczas gdy dolna połowa odchyla się ku tyłowi. Podczas gdy obniżenie wzgórka jest możebne, to odchyleniu dolnego końca kości krzyżowéj przeszkadzają 2 pary silnych więzadeł łączących kość krzyżową z kością siedzeniową (*ligamenta spinoso-sacralia et lig. tuberoso-sacra*). Wskutek tego koniec kości krzyżowéj i kość ogonowa są zwrócone ku przodowi, może nieco więcéj niż

zwykle. Działanie tych dwóch sił działających na kość krzyżową uwidocznia się tem, że kość krzyżowa załamuje się w połowie swéj długości, t. j. w wysokości 2 i 3 kręgu krzyżowego, tworząc po stronie przedniéj bardzo mocną wklęsłość a po stronie tylnéj mocne wypuklenie ku tyłowi (*kyphosis*). To wystąpienie kości krzyżowéj ku przodowi sprawia, że trzony kręgów krzyżowych, szczególnie w górnéj połowie, sterczą więcéj ku przodowi niż przylegające do nich skrzydła krzyżowe.

Kość krzyżowa zostaje ku górze w ścisłym związku zapomocą stawów z kręgosłupem lędźwiowym, a po bokach łopatki biodrowe łączą się z nią nietylko zapomocą spojenia krzyżowobiodrowego (*synchondrosis sacro iliaca*), lecz za pomocą więzadeł szerokich krzyżowobiodrowych (*lig. vaga posteriora*).

Wskutek obniżenia się i przechylenia ku przodowi wzgórka kości krzyżowéj, wygina się mocno naprzód kręgosłup lędźwiowy tworząc mocne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Równocześnie zostaje pociągnięta ku przodowi i dołowi z kością krzyżową i łopatka biodrowa, wskutek czego oddalenie kolców górnych tylnych staje się mniejsze, a łopatka zostaje załamana, tworząc między połową przednią a tylną rowek biegnący zwykle od kolca biodrowego przedniego górnego do tylnego dolnego, czyli t. zw. rowek Kiliana (*sulcus Kiliani*). Na załamanéj łopatce biodrowej będzie miał grzebień kształt owalny zamiast dużéj litery S.

Ciężar kręgosłupa uwidocznia się także na podstawie miednicy, na któréj cały cięzar spoczywa, t. j. na guzach siedzeniowych. Takowe jako podatne zostają na zewnątrz odwinięte i przyczyniają się do zniekształcenia łuku łonowego, co się dzieje i przez wsunięcie panewek ku zewnątrz ku tyłowi i górze.

Z powodu oporu, jaki stawiają ciężarowi ciała kończyny dolne, co stanowi drugi ważny czynnik w ukształtowaniu miednicy, zostają panewki biodrowe mocno na wewnątrz wpuklone i to zwykle po jednéj stronie więcéj niż po przeciwnéj i więcéj ku przodowi wysunięte. Wskutek tego nie

tylko zwracają się duże krętarze kończyn mocno ku przodowi, ale obie kończyny zostają więcéj zwrócone ku sobie palcami dużymi stóp na wewnątrz. Wpuklone panewki zbliżają się coraz więcéj ku kości krzyżowéj, dzieląc tem samém całą jamę miednicy na trzy przedziały, z których przedni leży między wsuniętémi panewkami a spojeniem łonowem, dwa zaś boczne nad zatokami krzyżowobiodrowémi. Kształt wchodu miednicy przyjmuje postać listka trójdzielnego koniczyny.

Przez wpuklenie się panewek zostają zbliżone do siebie gałęzie poziome kości łonowych i części wstępujące kości siedzeniowych Kości łonowe ulegają przed guzikiem biodrowo łonowym załamaniu, a części wstępujące kości siedzeniowych zanadto zbliżone do siebie zwężają łuk łonowy, który przyjmuje postać szczeliny, niekiedy litery omega. Spojenie łonowe zostaje w postaci dziuba mocno ku przodowi wysunięte i mocno zaostrzone.

Działanie trzeciego czynnika, t. j. skurczu mięśni prążkowanych przyczepiających się i odchodzących od miednicy przyczynia się niemało do owego ogólnego zniekształcenia miednicy.

Pomiary miednicy rozmiękłéj wykazują skrócenia wymiarów poprzecznych, głównie oddalenia krętarzy dużych od siebie, inne wymiary są albo mało skrócone lub nawet prawidłowéj wielkości.

Na kręgosłupie obok *lordosis* w kręgach lędźwiowych i *kyphosis* w kości krzyżowéj, znajduje się w kręgach piersiowych wygięcie na bok, *scoliosis*, z wypukleniem najczęściéj na prawo.

Na klatce piersiowéj napotykamy podobne zmiany jak u dzieci, które cierpią na krzywicę. Mostek jest mocno wygięty ku przodowi, a po bokach klatki piersiowéj żłobkowate wyżłobienia od ucisku ramion.

Na kończynach rzadko spotykamy zniekształcenia, bo zanim choroba już tu się rozwinie, to zwykle dawno kończyn chora nie używa, leżąc obłożnie w łóżku. Łatwo sobie teraz wytłomaczyć, że w miarę rozwoju choroby skraca się

coraz więcéj i długość ciała, głównie tułowia, który zdaje się coraz więcéj zbliżać do miednicy i wchodzić w takową. Jestto objaw tak charakterystyczny, że nawet otoczenie choréj zwraca naszą uwagę na ten tak ważny szczegół.

Biorąc rzecz ze stanowiska anatomiczno patologicznego, to toczą się w kościach rozmiękłych dwa procesy równocześnie zapalenia i zaniku kości. Na przekroju kości takie okazują się różowo zabarwione lub żółtawe.

W narządach wewnętrznych nie napotyka się zwykle żadnych charakterystycznych zmian, z wyjątkiem okolicy najbliższéj jajników, która jest często unaczynioną nie tylko przez naczynia żylne, ale i tętnicze mocno rozszerzone i rozgałęzione, jak to Fehling stwierdził w przeważnéj liczbie osteomalacyi podczas operacyi.

Jajniki same nie przedstawiają zawsze jednakowego stanu, gdyż w jednych razach są małe, zanikowe, w innych przypadkach prawidłowéj wielkości z naczyniami włosowatemi miąższu torbielkowato rozszerzonemi.

Badanie moczu, dokonane przez Fehlinga w dwóch przypadkach daleko posuniętéj choroby, wykazało odwrotnie jak dotąd utrzymywano zmniejszoną ilość soli wapiennych i fosforanów, tak, że przypuścić trzeba, że może tylko w początku choroby wydzielanie się tych soli jest większe, późniéj pomniejszone.

Badanie krwi wykazało znacznie zmniejszoną alkaliczność krwi tak, że podczas gdy do saturacyi 100 cm. krwi normalnéj potrzeba 270 do 366 mgrm. ługu sodowego, to w osteomalacyi rozwijającéj się potrzeba 256·3 mgrm.

Ponieważ Jaksch wykazał, że w każdéj chorobie przewlekłéj wyniszczającéj organizm, zmiejsza się alkaliczność krwi, nie można dlatego tego objawu uważać za właściwy objaw osteomalacyi.

Nic zatem dziwnego, że wobec braku objawów dodatnich charakterystycznych, wyłącznie od osteomalacyi zależnych, powstały różne teoryje tlomaczące powstanie tej choroby.

Jedni autorowie przypuszczają, że choroba rozwija się ile razy podupada odżywienie, czy to przez niedostateczne żywienie się, złe pomieszkanie, częste obfite utraty krwi, jak się to dzieje podczas porodów, przez co ma się wytwarzać nadmierna ilość kwasu mlekowego w krwi i kościach, rozpuszczająca sole wapienne, które z początku zostają z organizmu wydzielone, a później z trudnością przyswajane. Popierają teoryję tem, że zawsze znajduje się w osteomalacyi mniejsza alkaliczność krwi niż w prawidłowych warunkach. Ponieważ podobny stan zmniejszonéj alkaliczności krwi powstaje z innych przyczyn, teoryja ta jest za mało uzasadnioną.

Fehling wychodząc z tego spostrzeżenia, że choroba pojawia się w niektórych krajach nagminnie, przypuszczał, że może osteomalacyja jest chorobą grzybkową i badał z Haeglerem krew świeżo upuszczoną z osoby dotkniętéj osteomalacyą, lecz nie mogli znaleźć żadnego swoistego grzybka.

Najwięcéj do prawdy zbliżoną i najlepiéj tłomaczącą nam powstanie choroby jest świeżo ogłoszona w *Arhiv für Gynaekologie* B. XXXIX, Nr. 2 teoryja Fehlinga, którą wyprowadza na podstawie wyników leczenia osteomalacyi przez wycięcie jajników (*castratio*).

Kiedy dotychczasowe leczenie, jak kąpiele słone, przetwory żelazowe, wapniowe, fosforowe i ergotyna polecana przez Fehlinga, nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz najwięcéj do chwilowego polepszenia, polecił Fehling wycięcie jajników (*castratio*) jako środek skuteczny przeciw osteomalacyi. Dzisiaj na podstawie 20 tu przypadków osteomalacyi wyleczonych w ten sposób, uważa kastracyję za środek skuteczny i podaje teoryję, że osteomalacyja jest nerwicą troficzną kości, wyszłą od jajników drogą nerwu współczulnego. Czynność jajników zostaje nieprawidłowo podniesioną, co zresztą stwierdza mocne unaczynienie całéj okolicy jajników spotykane podczas operacyi i wywołuje drogą nerwu współczulnego prawdopodobnie zadrażnienie nerwów naczyniowych kości, t. zw. rozszerzających (*vaso dilatatores*), następstwem czego powstaje znaczne przekrwienie żylne w ko-

ściach, krew z powodu utrudnionego krążenia zostaje przeładowana kwasem węglowym, który rozpuszcza sole wapniowe i fosforany krwi, które znowu zostają wessane i na zewnątrz wydzielone, a kości pozbawione soli wapniowych stają się miękkie i podatne. Z chwilą wycięcia jajników ustaje owa podnieta dla naczyń, które teraz ściągają się, obieg krwi staje się regularny, nadwyżka kwasu węglowego ustaje, sole wapienne osadzają się w kościach, które stają się znowu twardemi i niepodatnemi.

W przypadkach osteomalacyi rozwiniętéj poza ciążą ograniczał się Fehling do samego wycięcia jajników, w osteomalacyi t. zw. połogowéj radzi wykonać cięcie cesarskie według pierwotnéj metody Porry, t. j. wszyć szypułę po odcięciu macicy w dolny kąt rany brzusznéj. Zapuszczać szypułę do jamy brzusznéj, chociażby według metody Zweifla opatrzoną, uważa za sprawę niebezpieczną, gdyż łatwo powstaje krwotok z szypuły, która jak cała macica ulega późniéj zwijaniu się połogowemu, przez co podwiązki się zwalniają.

Za pewniejszą metodę leczenia szypuły macicznej uważa Fehling metodę Franka podaną w r. 1881, który radzi szypułę wynicować do pochwy, przez co nietylko mamy korzyści zaotrzewnowéj metody, ale omijamy wady metody śródotrzewnowéj, t. j. zakażenia i krwotoku.

Obok tego postępowania Fehlinga istnieją jeszcze inne metody: Podczas gdy jedni uważają, że wycięcie macicy i jajników, co znowu pierwszy wykazał Karol Braun, wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi, drudzy sądzą, że wycięcie tylko jajników leczy osteomalacyję, to inni są wreszcie tego zdania, że samo wycięcie macicy wpływa korzystnie na przebieg choroby. Reuss miał nawet wyleczyć osteomalacyję przez wykonenie samego cięcia cesarskiego zachowawczego. Ponieważ w takich spornych sprawach jedynie tylko zestawienie statystyczne może rozstrzygnąć, która z danych medot jest najwłaściwszą, dlatego pozwoliłem sobie zabrać głos w téj sprawie, aby wykazać, że w przypadkach osteomalacyi połogowéj daleko posuniętéj wycięcie jajników

po wykonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego działa korzystnie na ostomalacyję.

W ciągu roku 1890 zdarzyły się w klinice położniczéj prof. Dra M. Madurowicza 2 przypadki rozmiękczenia kości, w których postanowił prof. Madurowicz wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, a to głównie dla wyświecenia sprawy, czy samo wycięcie jajników bez macicy leczy osteomalacyję, czy dopiero wycięcie macicy i jajników wpływa korzystnie na dalszy rozwój choroby. O ile te dwa przypadki potwierdziły jego zapatrywanie, że samo wycięcie jajników zupełnie wystarczy do wyleczenia osteomalacyi, niechaj szan. Czytelnicy zechcą łaskawie rozstrzygnąć z przedstawienia przedmiotowego obu przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył izraelitki z Kolbuszowy, lat 37 liczącéj, zamężnéj, która przewieziona z Kolbuszowy do kliniki położniczéj 1 lipca 1890 r., podaje, że rodziła przedtem 4 razy, ostatni poród odbył się prawidłowo przed 7 laty, dzieci rodziły się siłami natury żywe i donoszone. Od ostatniego porodu czuje się niezdrowa, dokuczają jéj bóle w całem ciele, które wystąpić miały najpierw w miednicy, późniéj przeniosły się na klatkę piersiową i kończyny tak, że w ostatnich miesiącach chora z trudnością poruszać się mogła. Obecnie jest po zaz piąty w ciąży, ciąża trwa 10 miesięcy księżycowych, przed 4 dniami wystąpiły bóle porodowe bardzo mocne, wody płodowe odpłynęły z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowéj. Z powodu przeciągania się porodu wezwano kol. Dra Filewicza, który znalazł znaczną przeszkodę porodową w miednicy i odesłał chorą do kliniki położniczéj w Krakowie.

Podczas badania przedmiotowego znaleziono zwykły obraz osteomalacyi: osobę średniego wzrostu, bladą wychudłą, o zanikłéj podściółce tłuszczowéj, tętnie drobnem, ciepłocie niepodniesionéj, z brzuchem obwisłym wypuklonym przez macicę mocno ku przodowi przechyloną, odpowiadającą końcowi ciąży, zawierającą płód żywy, donoszony, w położeniu czaszkowem, drugiem, nieustalonem. Dolny odcinek macicy był bardzo wyciągnięty i w swoich ścianach ścieńczały, oddzielony od trzodu wyraźnie pierścieniem skurczowym Schroedera, położonym w wysokości pępka. Badanie

przez pochwę było wielce utrudnione, raz z powodu mocno odchylonych części rodnych ku tyłowi, powtóre, że szpara sromowa przedstawiała się w postaci szczeliny wązkiéj, drożnéj zaledwie dla palca. Spojenie łonowe sterczało w postaci dzióba mocno ku przodowi i na lewo. Pochwa była bardzo rozpulchniona, szeroka, część pochwowa zanikła, ujście rozszerzone na wielkość talara; pęcherz płodowy pęknięty, a nad ujściem macicy i wchodem miednicy główka zbaczająca więcéj na lewo z małem przedgłowiem. Podczas obmacywania jamy miednicy stwierdzono głównie, że wzgórek kości krzyżowéj leży poniżéj płaszczyzny wchodu i sterczy mocno ku przodowi; w części środkowéj w okolicy 2. kręgu jest mocno kość krzyżowa ku tyłowi wygięta, co od zewnątrz bardzo dobrze się uwidocznia przez garb kości krzyżowéj; kość ogonowa zaś z dolną połową kości krzyżowéj jest mocno ku przodowi nachyloną. Panewki biodrowe, szczególnie lewa są mocno wypchnięte ku wewnątrz, a po stronie lewéj *distantia sacrō-cotyloidea* równa się 2 ctm. Pomiary miednicy wykazały: *distantia spin. 21, dist. cr. 26, dist. troch 24. conjugata exter. 18, conjugata vera 8, conjugata diagonalis* $9\frac{1}{2}$.

Wobec trwania porodu przez 4 dni i porodowych bolów silnych nie można się było spodziewać, ze poród w danym razie odbędzie się siłami natury. Wprawdzie Hugenberger wykazał, że nawet w ostemalacyi daleko posuniętéj może się poród odbyć siłami natury, gdyż kości miednicy osteomalatycznéj zwykły poddawać się pod uciskiem postępującéj czaszki płodu, lecz w danym przypadku, gdyby ta okoliczność mogła nastąpić, to poród byłby się już dotąd zapewne ukończył z powodu silnych bolów. Znać zatem, że w danym przypadku kości miednicy byłby albo jeszcze za mało rozmiękczone, czyli była dopiero rozwijająca się choroba, lub że kości przedtem rozmiękłe i w wysokim stopniu zniekształcone stały się znowu twardemi, czyli mieliśmy do czynienia z ustępującą dobrowolnie osteomalacyją. Że raczéj był początek choroby niż koniec, świadczyły o tem wywiady, chora bowiem podaje, że bóle w kościach są coraz to silniejsze, podczas gdy w chwili postępowania osteomalacyi bóle łagodnieją.

Pytanie najbliższe pozostające do rozstrzygnięcia było, w jaki sposób matkę rozwiązać. Wobec ogólnego, niejednostajnego ścieśnienia miednicy, a szczególnie w wymiarach poprzecznych i to tak znacznego stopnia, nie można się było spodziewać, że będzie można wydobyć płód żywy drogą na-

turalną. Pozostawało zatem albo główkę płodu wymóżdżyć lub dla uniknięcia wymóżdżenia płodu żywego wykonać cięcie cesarskie. Według rady Fehlinga i Kleinwächtera należało wykonać tę operacyję metodą Porry, jakkolwiek w przypadku Fochiera po cięciu cesarskiem według Porry miały po niejakim czasie wystąpić bóle, jakie były przed operacyją.

Prof. Madurowicz postanowił wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jakiego to postępowania nikt dotąd nie wykonał, głównie dla doświadczenia, czy samo wycięcie jajników wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi. — W tym celu przystąpiono dnia 1 lipca z. r. do operacyi po dokładnem oczyszczeniu rodzącéj przez cieple kąpiele, zmywanie brzucha za pomocą wody mydlanéj, sublimatu 1‰ i eteru.

Wykonał operacyję prof. Madurowicz według zwykłéj modły. Rozcięto powłoki brzuszne na 25 ctm., poczynając cięcie 3 palce nad pępkiem i kończąc takowe 2 palce nad spojeniem łonowem. Potem wytoczono przed powłoki brzuszne guz maciczny i zespojono tymczasem za macicą powłoki brzuszne dwoma szwami jedwabnemi. Ponieważ dolny odcinek macicy był tak znacznie rozszerzony, że pierścień Schroedera sięgał dwa palce pod pępkiem, dlatego po ściągnięciu szyjki za pomocą ręki rozcięto szczyt dna macicy i przednią powierzchnię macicy aż na 1 ctm. od pierścienia Schroedera. W ranę macicy wpukliło się łożysko położone na przedniéj ścianie macicy, które odłączono częściowo i wydobyto płód płci żeńskiéj długości 52 ctm.. wagi 5180 gr., z obwodem główki prostym 32 ctm. wynoszacym. Po wydobyciu płodu wymyto jamę macicy gąbką zamaczaną w 5% kwasie karbolowym, poczem zespojono ranę maciczną dwoma szeregami szwu ciągłego katgutowego, łącząc jednem piątrem szwu warstwę mięsną, drugiem samą otrzewnę. Następnie po poprzedniem podwiązaniu *mesovarium* wycięto oba jajniki. Jelita z jamy Douglasa i macicę odprowadzono do brzucha, przykryto takową siecią jelit, jakby fartuszkiem poczem zamknięto 3 ściegowym szwem powłoki brzuszne. Dalszy przebieg po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia. Przebieg od samego początku do końca był aseptyczny, odchody połogowe zachowywały się prawidłowo, jakkolwiek odchody czerwone utrzymywały się dłużéj niż zwykle. Zwijanie się macicy było powolne, zwłaszcza w podłużnym kierunku; podczas gdy macica była prawie prawidłowéj szero-

kości to dno sięgało jeszcze w 3 tygodniu połogu na 2 palce nad spojenie łonowe.

Ruchomość macicy od przodu ku tyłowi była jeszcze w dniu wyjścia upośledzona z powodu zrośnięcia się macicy z powłokami brzusznemi. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost.

Co do bolów kostnych, to takowe już w parę dni po operacyi były znacznie mniejsze, w 10 dni ustąpiły z miednicy, w 3 tygodnie z klatki piersiowéj, a przy wyjściu uczuwała chora jeszcze ból w kończynach, który miał według łaskawego doniesienia kol. Dra Filewicza, za co mu składam uprzejme podziękowanie, zupełnie ustąpić tak, że chora może się teraz oddawać pierwotnemu zajęciu i pracy. W tym przypadku jest widoczny skutek po wycięciu jajników, bo ustąpienie bolów i stwardnienie kości niczemu innemu przypisać nic można.

D r u g i p r z y p a d e k, daleko cięższy i więcéj skomplikowany, dotyczy wieśniaczki T. K., 28 lat liczącéj, zamężnéj, z Rączny, która przyjęta 2 listopada 1890 r. do kliniki położniczéj, podaje, że 1-sza regularność wystąpiła w 16 r. życia i była zawsze bardze obfita, choć występowała co 4 tygodnie; od 6 lat jest zamężna, rodziła 3 razy, ostatni raz przed $1^1/_2$ rokiem; podczas gdy pierwsze dwa porody odbyła sama i w krótkim czasie, to poród trzeci trwał znacznie dłużéj i urodziła dzjecko omdlałe, które ocucono. Obecnie jest w ciąży po raz czwarty, ciąża już trwa 10 miesięcy księżycowych. W parę miesięcy po zamążpójściu doznała nagle dreszczy, bólu głowy i bolów we wszystkich stawach, przeleżała 3 miesiące w łóżku, późniéj wstała i wkrótce zastąpiła. Bóle te znowu wzmogły się podczas ciąży i stawały się coraz to gwałtowniejsze podczas każdéj następnéj ciąży. Obecnie bóle są tak gwałtowne i zajęły prawie całe ciało, że jest zmuszona leżeć od kilku miesięcy w łóżku. Podczas pierwszych 2 ciąży miała bóle w miednicy i klatce piersiowéj, w trzeciéj przeniosły się na kończyny, a podczas czwartéj, t. j. obecnéj, wzmogły się do najwyższego stopnia. Chora miała mieszkać przez długi czas w okolicy chłodnéj i wilgotnéj.

Badanie przedmiotowe wykazało: osoba długa 135 cm. blada, wychudła, jęcząca ciągle z powodu bolów prawie w całém ciele, szczególnie w kończynie dolnéj prawéj, która jest bolesna szczególnie, jeżeli się uciska staw kolanowy. Takowy jest mocno obrzmiały, fluktuacyja wyraźna, torebka wypełniona cieczą i bolesna podczas ucisku. Cała kończyna

mocno przybliżona ku wewnątrz (*adductio*) i zwrócona (*rotatio*) tak, że wewnętrzny brzeg stopy spoczywa na pościeli. Ucisk na staw biodrowy jest niebolesny, główka udowa jest umieszczona w panewce biodrowéj, krętarz mocno zwrócony ku przodowi, ruchy czynne w tym stawie są niebolesne i łatwe, podczas gdy ruchy w kolanie nawet bierne są upośledzone i bardzo bolesne. Pomiary wykazały długość obu kończyn jednakową. Na kręgosłupie w okolicy górnych kręgów piersiowych, wygięcie kolumny pacierzowéj na bok prawy, w okolicy kręgów lędźwiowych jest mocne wygięcie ku przodowi, a w okolicy 2. kręgu krzyżowego mocne wygięcie ku tyłowi. Łopatka biodrowa prawa wyżéj umieszczona i nieco ku tyłowi wsunięta.

Sutki bardzo małe wydzielają skąpą ilość kleju ciężarnych. Brzuch obwisły jest mocno wypuklony przez macicę mocno w dolnym odcinku rozszerzoną, sięgającą dnem poniżéj wyrostka mieczykowatego i oddalonem od spojenia łonowego na 36 ctm., podczas gdy pępek był zaledwie na 12 ctm. od spojenia łonowego oddalony. W macicy leżał płód żywy donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem.

Podczas badania przez pochwę znaleziono części rodne mocno pochylone ku tyłowi, szparę sromową wązką, spojenie łonowe sterczące mocno ku przodowi w postaci dzioba, pochwę szeroką, część pochwową utrzymaną, z brzegami ujścia zewnętrznego rozdartemi, z przewodem szyjki ku górze się zwężającym. Obmacywując jamę miednicy znaleziono wzgórek kości krzyżowéj mocno sterczący ku przodowi i obniżony, panewkę biodrową lewą mocno ku kości krzyżowej zbliżoną tak, że zatoki krzyżowobiodrowéj lewéj prawie nie było, *a distantia sacro cotyloidea sinistr.* równała się najwyżéj 2 ctm. Po stronie prawéj panewka biodrowa jest mniéj wpukłona i połowa prawa miednicy obszerniejsza. Kość krzyżowa w środku mocno wygięta ku tyłowi, a kość ogonowa zwrócona mocno ku przodowi.

Pomiary miednicy wykazały: *dist. sp.* $21^1/_2$, *dist cr. 22. conjug. ext.* $16^1/_2$, *dist. troch.* $21^1/_2$.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznano miednicę osteomalatyczną, ścieśnioną w 3 stopniu, niepomiarową, oraz zapalenie stawu kolanowego prawego (*gonitis*) prawdopodobnie na tle reumatycznem. Długość obu kończyn dolnych jednakowa, ruchy czynne w stawie biodrowym prawym niebolesne, ucisk na torębkę stawową niebolesny, panewka biodrowa wypełniona główką udową po-

zwala wykluczyć sprawę zapalną w stawie biodrowym prawym, jakkolwiek ułożenie kończyny, powyżéj opisane, na pierwszy rzut oka wydawało się pochodzić ze sprawy zapalnéj stawu biodrowego lub zwichnięcia kulszowego. Jednak sprawa zapalna, chociaż w stawie kolanowym, nie pozostała bez wpływu na dalszy kształt miednicy rozmiękłéj. Chora dla bólu w kolanie prawem nie używała przez długi czas kończyny prawéj, chodziła głównie na kończynie lewéj, wskutek czego panewka biodrowa lewa zbliżyła się znaczniéj ku kości krzyżowéj, podczas gdy prawa wpuklona jest zaledwie do wnętrza miednicy, daléj lewa połowa miednicy jest znacznie pomniejszona, podczas gdy prawa jest znacznie większą, spojenie łonowe nie jest naprzeciw kości krzyżowej, lecz przesunięte więcéj na prawo, gałęź wstępująca kości siedzeniowéj lewéj więcéj jest wypuklona na zewnątrz niż prawa, wreszcie mamy na kręgosłupie wygięcie na bok prawy, czyli jednem słowem mówiąc, mamy w danym przypadku nie tylko zmiany, jakie zwykle wywołuje rozmiękczenie, ale i zmiany jakie powstają, ilekroć jedna z kończyn jest mniéj używaną niż druga, bez względu na to, czy dla sprawy chorobowéj w stawie biodrowym lub kolanowym. Mamy zatem miednicę ścieśnioną nietylko w wymiarze prostym i poprzecznym, ale i ukośnym prawym i to w wysokim stopniu.

Oznaczywszy stopień i jakość ścieśnienia, nietrudno było zadecydować jak się będzie potrzeba zachować wobec rodzącéj. Ścieśnienie tak znaczne nie pozwalało myśleć o porodzie siłami natury płodu żywego, jakkolwiek wiemy, że w osteomalacyi nie odgrywa roli stopień ścieśnienia, tylko okoliczność, czy kości są woskowo podatne, czy twarde. — W pierwszym razie możnaby się spodziewać nawet porodu siłami natury, wobec tego, że w danym przypadku były kości twarde, trzeba było rozstrzygnąć czy w danym razie wykonać wymóżdżenie choćby płodu żywego, czy cięcie cesarskie. Ze względu zaś na życie płodu zdecydowaliśmy wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, zachęceni świetnym wynikiem w pierwszym przypadku.

Kiedy 4 listopada 1890 r. wystąpiły bóle porodowe i część pochwowa zanikła, wykonałem dzięki nieocenionéj dla mnie życzliwości prof. Madurowicza, cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników w ten sam sposób, jak to prof. Madurowicz wykonał tą operacyję w I-szym przypadku. Wydobyto płód płci żeńskiéj, donoszony, omdlały, ale docucony późniéj.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry. Ciepłota była normalną, tętno regularne i spokojne, odchody prawidłowe, rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost, macica zwijała się powoli i jeszcze w dwa miesiące po operacyi była wybadalna nad spojeniem łonowem i zrośnięta z powłokami brzusznemi.

Bóle w kościach już w 2. tygodniu ustąpiły z wyjątkiem stawu kolanowego prawego, który jest obrzmiały i bolesny, przeciw czemu stosowano *natr. salicylicum*, kąpiele słone, smarowanie jodyną i okłady wysychające. Późniéj przeniesiono chorą dla bólu w stawie kolanowym do kliniki chirurgicznéj, gdzie założono przyrząd ekstenzyjny Volkmanna. Nogi przedtem zbliżone do siebie dały się odsunąć od siebie i wyprostować, obrzęk w kolanie znacznie się zmniejszył. Kiedy to piszę, chora jeszcze zostaje w klinice chirurgicznéj w dalszem leczeniu.

Jeżeli teraz rzecz krytycznie bez uprzedzenia ocenimy, to musimy przyznać, że w naszych dwóch przypadkach została osteomalacyja wyleczona przez wycięcie jajników i jakkolwiek ilość przypadków obserwowanych jest skąpą przecież uprawnia nas do następujących wniosków:

1) Tłomaczenie Fehlinga patogenezy osteomalacyi, jakoby osteomalacyja była nerwicą troficzną kości, zawisłą od jajników, jest najwięcéj do prawdy zbliżone;

2) twierdzenie Fehlinga, że samo wycięcie jajników leczy osteomalacyję, jest uzasadnione;

3) sposób podany przez prof. Madurowicza, t. j. cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jest w osteomalacyi u rodzących sposobem rozwiązania łatwym, odpowiednim, a zarazem wystarczającym do wyleczenia osteomalacyi;

4) cięcie cesarskie według Porry w podobnych przypadkach jest tylko wtedy wskazane, jeżeli zachodzi powikłanie z nowotworem lub zakażeniem połogowem, albowiem cięcie zachowawcze z wycięciem jajników jest, jak to statystyka wykazuje, zabiegiem dającym lepsze wyniki.

W dyskusyi zabiera głos kolega Szymonowicz, który badał drobnowidowo świeżo wycięte jajniki pod względem unerwienia i pomimo 2 prób nie wykazał nerwów ani na samem jajniku ani w ścianach naczyń tylko obraz zwyrodnienia włókni-

stego. W jajniku nie było ani śladu po ciałkach Graafa a w miejscu ciałek żółtych zwyrodnienie włókniste.

Kol. Kohn uważa teoryę Fehlinga tłomaczącą powstanie rozmiękczenia za przedwcześnie wypowiedzianą.

Kol. Rosner przypuszcza, że wycięcie jajników w przypadkach rozmiękczenia kości będzie leczyć tylko bóle ale kości pozostaną rozmiękłe jak dawniej.

IV. Posiedzenie 24 kwietnia 1891.

Przewodniczący prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 7. Jako gość Dr. Ignacy Porębowicz.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.
2) Kol. Cercha opowiedział:

„Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu (wyzdrowienie) [1]).

Wiadomo Panom, że pęknięcie macicy jest najniepomyślniejszym powikłaniem porodu i najcięższą sprawą, jaka spotkać może lekarza przy łóżku rodzącej.

Nie należy ono wprawdzie do częstych i może przyjdzie czas, że będziemy je zaliczać do białych kruków w położnictwie, dotychczas jednak wydarza się według Bandla raz na 1183 porodów, według Franquego na 3255, a według Karola Brauna na 2353, porodów.

Nie pomylę się, jeżeli powiem, że u nas statystyka pod tym względem wypadłaby nieco gorzej, a przyczyny szukać należy w tem, że porody szczególnie po wsiach odbywają się pod opieką t. zw. babek, które nietylko, że żadnej pomocy rodzącym nie przynoszą, ale owszem przez czynne, a nieumiejętne wkraczanie w prawa natury, albo przez zaniedbanie

---

[1]) Rzecz miana na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego dnia 3 czerwca b. r.

pomocy we właściwym czasie, stają się nieraz przyczyną zgubnych następstw dla płodu i matki. Nic więc dziwnego, że porody do najwyzszego stopnia zaniedbane, lub przypadki pęknięcia macicy stanowiące od czasu do czasu materyjał kliniczny pochodzą ze wsi okolicznych.

Pęknięcie macicy, jak Panom wiadomo, może być dobrowolne lub gwałtowne, *(ruptura uteri spontanea vel violenta)*, może powstać podczas ciąży, ale takowe należy do rzadkości; częściéj wydarza się podczas porodu.

Pękniecie gwałtowne podczas ciąży powstaje zazwyczaj z powodu urazu działającego od zewnątrz. Znane są przypadki w literaturze, w których nastąpiło uszkodzenie powłok brzusznych i macicy wskutek przebodzenia rogiem (Geissler), lub w których kula przebiwszy powłoki brzuszne i macicę zraniła płód (Hays), albo w którym matka sama w przystępie szału zadała sobie rany (Guggenberg). Rzadziéj spadnięcie ze znacznéj wysokości daje powód do pęknięcia macicy, raczéj wywołuje poronienie.

Do szczególniejszych urazów dających pówód do rozdarcia macicy, a ważnych ze względu sądowo-lekarskiego, należą zabiegi wykonywane ręką zbrodniczą w celu wywołania poronienia. Urazy te odnoszą się zazwyczaj do szyi macicy, przyczem nierzadko i pochwa doznaje obrażeń.

Dobrowolne pękniecie macicy podczas ciąży należy do rzadkości, muszą w tym razie istnieć usposabiające warunki, jak n. p. zmiana w mięśniu, n. p. stłuszczenie lub ropień, daléj blizna w macicy po przebytem cięciu cesarskiem, wada utworowa macicy, a nareszcie gdy płód rozwija się w téj części trąbki, która przechodzi przez ścianę macicy (*graviditas interstitialis*). Krukenberg zestawił 13 przypadków, w których blizna po cięciu cesarskiem dała powód przy następnym porodzie do częściowego, lub zupelnego pęknięcia macicy.

Co się tyczy pęknięcia macicy podzas porodu, to może ono powstać również albo dobrowolnie, albo wskutek nieumiejętnie lub w niewłaściwym czasie wykonanych zabiegów operacyjnych.

Dobrowolne jest wynikiem niestosunku porodowego, jużto z powodu ścieśniénia miednicy, jużto z powodu nieprawidłowego położenia lub ułożenia płodu, albo nareszcie z powodu niestosunku między główką płodu, a miednicą matki. Dawne niedokładne a nawet dziwaczne pojęcia o przyczynach pęknięcia macicy ustąpiły dopiero pod wpływem prac Bandla, Benkisera i Hofmeiera, które naukę o mechanizmie pęknięcia na nowe wprowadziły tory. Dzięki tym pracom odnoszącym się do t. zw. dolnego odcinka macicy, możemy dziś zawczasu rozpoznać chwilę grożącego pęknięcia, a rozpoznanie to daje nam równocześnie wskazówki do dalszego postępowania, przez co możemy matkę nieraz uratować od niechybnéj śmierci. Naturalnie, że nie należy wyczekiwać téj ostatecznéj chwili, lecz skoro wiemy, wśród jakich warunków ono powstaje, należy starać się przez odpowiednie zabiegi lub należyte przeprowadzenie porodu złe grożące zażegnać.

Wiemy bowiem, że pęknięcie następuje wtedy, jeżeli z powodu niestosunku wyszłego z jednéj wyżéj wymienionych przyczyn, macica mimo pracy porodowéj zawartości na zewnątrz wydalić nie może — wtedy to potęguje się siła wydalająca macicy, czyli skurcze stają się coraz silniejszémi, które płód wydalają do szyi, ta zaś nadmiernie wskutek tego rozdęta, pęka przy następnych bólach porodowych z boku i to zazwyczaj po stronie potylicy w położeniach główkowych, a po stronie główki w położeniach poprzecznych.

Z chwilą pęknięcia występują zazwyczaj wybitne objawy: ustanie bolów porodowych, zapad, krwotok zewnętrzny, większa ruchomość części poprzedzającéj, części płodu można wymacać też pod powłokami brzusznémi To jest typowy przebieg pęknięcia macicy dobrowolnego. Zdarzają się jednak przypadki, w których ani przebieg porodu przed pęknięciem ani objawy po pęknięciu nie są charakterystyczne, w których więc pęknięcia na pewne rozpoznać nie możemy, może ono być tylko prawdopodobnem; pewnem zaś staje się dopiero po rozwiązaniu rodzącéj.

Ponieważ przypadek którego przebieg Panom w krótkości chcę opisać, zdaniem mojem należy do tych nielicznych, w których pęknięcie nastąpiło we wczesnym okresie porodu, bez poprzednich objawów zapowiadających, gdy nadto przypadek ten mimo zachowawczego leczenia zakończył się pomyślnie, przeto sądzę, że zasługuje na to, aby kilka słów o nim wspomnieć.

Dnia 5-go marca b r. wezwał mnie kol. Dr. Bobkiewicz w okolice Krakowa do rodzącéj kobiety w celu narady.

Z wywiadów dowiedziałem się, że osoba ta jest wieloródką, że rodzi po raz czwarty. Poprzednie porody z których ostatni miał miejsce przed dwoma laty, odbywały się siłami natury w położeniu czaszkowem — dzieci były donoszone, żywe, porody jednak po odpływie wód płodowych trwały zazwyczaj jeszcze kilka godzin.

Podczas ostatniéj ciąży nie było żadnych zaburzeń. Kolega B. wezwany jeszcze dnia 1-go marca z powodu bolu, który miał nagle w tym dniu wystąpić w prawéj stronie brzucha, stwierdził co następuje: Stan ogólny dobry — poród rozpoczęty i to drugi ustęp pierwszego okresu, t. j. ujście zewnętrzne macicy rozwarte na wielkość czterocentówki, położenie czaszkowe nieustalone, główka okryta pęcherzem bez wód poprzedzających — po palcu spływało nieco wody płodowej: kurczów macicy wcale nie stwierdził, a rodząca twierdziła stanowczo, że oprócz tego jednego bólu innych nie miała, chociaż jako wieloródka dobrze umiała określić charakter bolów porodowych.

Na podstawie tego badania rozpoznał, ze ma przed sobą rodzącą z przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego, i z osłabieniem bołów porodowych. Ból zaś ten odnosił do zaburzeń w trawieniu, tembardziej, że rodząca nie była należycie do porodu przygotowaną. Zalecił więc lewatywę i kąpiele nasiadowe w celu wywołania bolów.

Następnego i trzeciego dnia stan ogólny miał być dobry, kurczów zaś macicy ani śladu, to też żadnego postępu w porodzie nie stwierdził. Dopiero dnia czwartego stan się zmienił na gorsze. Rodząca dostała dreszczów, ciepłota podniosła się, tętno stało się szybkiem, rodząca zaczęła zdradzać niepokój. a co najważniejszem, z pochwy zaczęła się wydobywać ciecz brudna, cuchnąca.

Nie mogąc na razie wytłomaczyć sobie tego stanu i objawów, zawezwał drugiego kolegę w celu narady.

Badanie przedmiotowe, które uskuteczniłem, wykazało: Budowa i odżywienie dobre, — ciepłota ciała 39·7°, skóra sucha, tętno drobne, nitkowate, miękkie, 136—140 uderzeń na minutę, język suchawy, rysy zaostrzone, na policzkach wypieki, oczy lśniące, liczba oddechów na minutę 36—28. W płucach zaostrzenie szmeru, pierwszy ton nad lewą komórką serca głuchy z podmuchem, w sutkach zwiększona czynność.

Brzuch znacznie rozdęty, powłoki znaczną ilością tłuszczu podszyte. Już powierzchowne obmacywanie sprawia chorej znaczny ból, który odnosi się do całego brzucha, odgłos na brzuchu wszędzie wysoko bębenkowy tylko w okolicy lędźwiowéj i nadpachwinowéj lewéj stłumiono bębenkowy. Z powodu bębnicy i znacznéj bolesności ciała odpowiadającego macicy wybadać nie można. Nad spojeniem łonowem tylko daje się wybadać opór dosyć twardy, duży, mogący odpowiadać główce, ale bardzo dużéj, tętna płodowego ani też szmerów nie słychać. Srom i wargi obrzmiałe, suche, ciepłota pochwy podwyższona, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na wielkość czworaka, szyja rozdęta balonowato, wszystko w wysokości wchodu miednicy, położenie czaszkowe nieustalone, odcinek główki dający się wybadać płaski, główka bardzo duża, szwów lub ciemion wybadać nie można, w polu badania sklepienia czaszki, jeżeli się rękę ułoży nad spojeniem, a uciska palcem na ową kość palcem umieszczonym w pochwie, to mimo to, iż główka zdaje się być bardzo dużą, kość ta ugina się, a badający ma uczucie, jakby czaszka była bardzo elastyczną. Przedgłowia nie ma, do wzgórka kości krzyzowéj dochodzi się z trudnością, wygięcie kości krzyżowéj należyte.

Na podstawie wyniku badania rozpoznałem: Rozpoczęty poród u wieloródki, wodogłowie płodu i wynikły ztąd niestosunek, który sprowadził prawdopodobnie, jeżeli nie zupełne, to częściowe pęknięcie macicy, — zakażenie.

Ponieważ stan rodzącéj nie pozwalał na dalsze wyczekiwanie, przeto postanowiłem ją rozwiązać. Z powodu bardzo lichego tętna i szmeru nad komórką lewą serca zaniechałem narkozy. W planie, jaki sobie ułożyłem umieściłem na pierwszem miejscu wymóżdżenie, lecz zabieg wobec nieustalonéj główki, któréj nadto przez powłoki brzuszne z powodu znacznéj bolesności tychże ustalić nie można, a nadto przy mało rozwartem ujściu bywa zazwyczaj trudnym, to też mając co do tego pewne wątpliwości, musiałem myśleć

o obrocie na nóżki, czemu znacznie stało na przeszkodzie niedostateczne rozwarcie ujścia zewnętrznego. Postanowiłem więc rozszerzyć ujście na przypadek, gdybym był zmuszonym z powodu ciągłego upadku sił matki do obrotu się uciec. Ostrożnie więc i bez trudności wykonałem *lege artis* rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy przez trzykrotne wprowadzenie po nad ujście macicy do szyi balona Brauna, napełniając go za każdym razem większą ilością wody i potem ostrożnie wyciągając. Teraz mogłem wybadać miejsce na główce błoniaste na 2 ctm. szerokie, z brzegami kostnemi, odpowiadające bardzo szerokim szwom, co rozpoznanie wodogłowia potwierdziło. Ponieważ skóra na czaszce płodu była wiotką, więc ująłem ją kleszczykami i tuż obok zrobiłem otwór nożycami Naegelego. Natychmiast wylało się około pół litra płynu surowiczego, poczem sklepienie czaszki bardzo się zapadło tak, że tylko skóra w postaci płatu zwisła. Włożywszy dwa palce do otworu starałem się pociągnąć, jednak bez skutku, następnie uchwyciłem ów fałd skóry (kości bowiem sklepienia czaszki, za któreby można ująć, prawie nie było) kranioklastem, ale skóra płodu rozkładającego się była b. miękka to też każdym razem się urywała; to samo było i z hakiem Brauna. Wobec tego, że stan rodzącéj był bardzo zły tak, że asystujący kolega musiał kilka razy eter wstrzykiwać, przystąpiłem do obrotu na nóżki, który też ostrożnie wykonałem, poczem wydobycie płodu z powodu pomniejszonéj objętości główki nie przedstawiało żadnych trudności. Płód był b. duży, na skórze objawy gnicia okazujący; za płodem wydobyła się duża ilość gazów cuchnących i cieczy brudnawéj; krwawienia ani wśród ani po zabiegu nie było, wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło. Przystąpiłem niezwłocznie do wydobycia łożyska, przyczem stwierdziłem zupełne pęknięcie szyi macicy po stronie prawéj, łożysko bowiem znajdowało się w jamie brzusznéj między jelitami, które z rany ostrożnie wyprowadziłem. Natychmiast po wyjęciu łożyska, przyczem krwotoku wcale nie było, bez poprzedniego przestrzykiwania, zatamponowałem szyję macicy i całą pochwę 30% gazą jodoformową, położyłem na dolną okolicę brzucha okład lodowy, a na to opatrunek uciskający. Podano położnicy sporysz i środki podniecające.

Zaraz po rozwiązaniu stan nietylko się nie pogorszył, jakto zazwyczaj bywa, lecz owszem położnica była nieco spokojniejsza, przytomna, a tętno lepsze, niż przed rozwiązaniem. Mimo to rokowałem źle.

Co się tyczy przebiegu połogu, to położnica gorączkowała przez 4—5 tygodni, tor gorączki był zwalniający z nasileniami wieczornemi. Piątego dnia po porodzie wyjąłem gazę, która była przesiąknięta cieczą brudną, cuchnącą, przyczem odeszło jeszcze nieco odchodów cuchnących pomieszanych nieco z moczem spływającym z pochwy.

Stan ogólny tego dnia nienajgorszy. Tętno do 120, bębnica miernego stopnia, bolesność brzucha mniejsza, wymiotów od 24 godzin nie było. Po przepłukaniu ostrożnem pochwy 3% kwasem borowym założono znowu świeżą gazę. Siódmego dnia zmieniono znowu opatrunek; objawy zapalenia otrzewny ustępują, natomiast można stwierdzić w dolnéj części brzucha po stronie prawéj znaczny opór bolesny o brzegach falistych.

W ten sposób zmieniano opatrunek co dwa tygodnie, przyczem odchody zupełnie ustąpiły, wypocina zaś ograniczyła się.

Ciepłota ciała nieco spadła, dochodząc wieczorem do 38·5°. Badanie dokonane w końcu piątego tygodnia wykazało: stan bezgorączkowy, wypocina lekko tkliwa, dosyć twarda, pochwa zwęża się lejkowato ku górze, część pochwowa więcéj zbacza na lewo. Na granicy części pochwowéj, na przedniéj ścianie pochwy przerwa ciągłości wielkości grochu (*fistula vesico-vaginalis*). Polecono choréj kąpiele ciepłe słone, przetwory jodowe. Obecnie, o ile mi wiadomo, osoba ta czuje się zupełnie zdrową, peryjod ma się powtarzać co 4-y tygodnie bez zaburzeń, pozostały tylko dolegliwości ze strony przetoki.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyną pęknięcia macicy w tym przypadku był niestosunek porodowy wynikły z powodu wodogłowia płodu. Czy pęknięcie całkowite powstało nagle na raz, czy też powstawało powoli warstwowo od wnętrza ku otrzewny, to na pewne rozstrzygnąć trudno; za tem drugiem przemawia brak znaczniejszego krwotoku albowiem pojedyncze warstwy mięśniowe po pęknięciu kurczyły się, a uciskając naczynia zapobiegły krwotokowi. Brak krwotoku mniejszego lub wiekszego podczas zabiegu, daléj okoliczność, że bóle porodowe ustały zaraz po owym nagłym bólu w boku prawym i więcéj się nie pojawiły, przemawia za tem, że właśnie w chwili tego gwałtownego bólu powstało pęknięcie.

Przypadek ten właśnie z tego względu jest ciekawym i należy do rzadszych, że tu pękła macica we wczesnym okresie porodu bez poprzednich bólów, czyli, że tu nie było chwili t. zw. grożącego pęknięcia macicy, dalej, że objawy po pęknięciu nie były zbyt wybitne, tak, że lekarz nie mógł na pewne rozpoznawać. Toż i w chwili, gdy rodzącą badałem, miałem bardzo wybitne objawy zakażenia, a daleko mniéj objawów przemawiających za pęknięciem.

Przypadki podobne t. j. w których pęknięcie powstało bez poprzedzających silnych bólów i we wczesnym okresie porodu, znane są i opisane. Tu należą dwa przypadki Hofmeiera i jeden Simpsona. W takich razach, jak twierdzą autorowie, a między innymi Veit, do pęknięcia przyczynia się znaczniejsze rozszerzenie dolnego odcinka macicy w poprzednich porodach, wskutek czego tkanka staje się mniéj elastyczną i przy następnym porodzie już z początku porodu i przy słabych względnie skurczach macicy, szczególnie u rodzących wieloródek mniéj na ból wrażliwych, ulega nadmiernemu rozciągnięciu, a nawet i pęknięciu. W naszym przypadku zasługuje też na uwagę, że poprzednie porody miały trwać po pęknięciu pęcherza jeszcze kilka godzin, a to mogło dawać powód do znaczniejszego rozszerzenia szyi, która tym razem wobec znacznéj objętości główki skutkiem wodogłowia uległa pęknięciu. Że zapatrywanie Veita może być słuszne, dowodzi tego przypadek Hofmeiera, w którym podczas każdego porodu i to na początku tegoż dolny odcinek macicy tak był rozszerzony, że płód zdawał się leżeć w macicy poprzecznie. Co się tyczy zejścia po pęknięciu, to więsza ich liczba kończy się śmiercią, już to podczas operacyj, jużteż bezpośrednio po niéj, a to z powodu ostréj niedokrewności i wstrząsu, lub też śmierć następuje w przeciągu kilku dni z powodu zakażenia. Co do leczenia, to można w tych razach użyć metody polegającéj na drenowaniu od pochwy podanéj przez K. Brauna, zaleconéj przez Bandla, a zmodyfikowanéj przez Dührsena, który dren zastąpił gazą jodoformową, którą się tamponuje mieszkowato bez poprzedniego przestrzykiwania; myśmy także użyli téj osta-

tniéj; była ona na wsi i wobec niekorzystnych warunków ze strony matki zdaniem mojem jedynie możliwą.

Druga metoda operacyjna polega na tem, że po otwarciu jamy brzusznéj zeszywa się dokładnie ranę macicy, albo też, jeżeli to niemożebnem, wtedy uciekamy się do wycięcia macicy według Schroedera (*amputatio uteri supravaginalis*). W ostatnich czasach autorowie polecają wycięcie macicy w takich razach przez pochwę jako zabieg mniéj niebezpieczny.

Przed wprowadzeniem antiseptyki metoda pierwsza tj. drenowanie, miała więcéj zwolenników i według zestawień Piskačka rzeczywiście przy téj metodzie śmiertelność wynosiła 56%, podczas gdy przy operacyjnéj 60%. Zestawienia jednak Schaefera od r. 1875 przemawiają na korzyść leczenia operacyjnego, gdyż śmiertelność wynosi tylko 35%.

Zdaje się jednak, że statystyka w obydwóch razach nie ma wielkiego znaczenia i nie może rozstrzygać o jednéj lub drugiéj metodzie, jeżeli się uwzględni, że w literaturze spotykamy się przeważnie z opisami przypadków, w których wynik leczenia był pomyślny, te zaś przypadki, które niepomyślnie się kończyły, zapisuje się tylko w księgach klinicznych i szpitalnych.

W dyskusyi zabiera głos kol. Braun i oświadcza, że jeżeliby mógł ktoś zrobić zarzut kol. Cersze, że pęknięcie macicy w danym przypadku nastąpiło podczas rozwiązania, to mógłby się oprzeć na tem, że kol. Cercha rozszerzał szyjkę maciczną kolpeurynterem, która już i tak znacznie musiała być rozszerzona przez wodogłowie. Kol. Braun uważa rozszerzanie szyjki w danym razie za niebezpieczne i po części niepotrzebne, gdyż i przez ujście macicy mało rozwarte można wykonać wymóżdżenie. Obrót na nóżki uważa jako ultimum refugium a o odcięciu macicy z powodu objawów zakażenia nie myślałby wcale.

Kol. Mars tłomaczy sobie pomyślny przebieg połogu po pęknięciu macicy w niniejszym przypadku tą okolicznością, że musiało istnieć najpierw pęknięcie częściowe, które późniéj zamieniło się w całkowite i że do ostatniéj chwili otrzewna mogła być w całości i dlatego do zakażenia jamy brzusznéj nie przyszło. Postępowanie kol. Cerchy uważa za poprawne i użycie balonu Brauna w danym razie nie wydaje się mu być zabiegiem

niebezpiecznym, gdyż balonem rozszerzane były części szyi niżéj główki położone.

Kol. Harajewicz sądzi, że pęknięcie powstało niedawno, gdyż według prelegenta łożysko było świeże i niecuchnące.

Kol. Obaliński nie mógłby sobie wytłomaczyć pomyślnego zakończenia tego wypadku, gdyby przed rozwiązaniem istniało pęknięcie całkowite. Zwraca uwagę jak czułą jest otrzewna na choćby najmniejsze zakażenie. Według jego zdania musiało istnieć pewne odgraniczenie jamy brzusznéj od owych istot zakaźnych zalegających pochwę i macicę, gdyż byłby to nader rzadki przypadek wielkiéj odporności otrzewnéj, gdyby się do jamy brzusznéj było dostało tyle istót zakaźnych, a nie było przynajmniéj groźniejszego zapalenia otrzewnéj.

Kol. Przewodniczący nie uważa również w danym razie zabiegu za pomocą balonu Brauna za niebezpieczny.

Kol. Cercha utrzymuje że wobec braku krwotoku podczas operacyi groźniejszego, nie można przyjąć żeby dopiero podczas operacyi nastąpiło pęknięcie zupełne. Ponieważ zaś łożysko leżało pod wątrobą, należy przyjąć, że w danym razie było pęknięcie zupełne.

3. Kol. Al. Rosner przedstawił następujące preparaty pod drobnowidem:

a) preparat z jajnika wyciętego u choréj dotkniętéj rozmiękczeniem kości (osteomalacia) na klinice ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

Zaraz po wycięciu zanurzył kol. Rosner jajnik pokrajany na kilka małych skrawków do rozczynu Fleminga, poczem przepłukał takowe w wodzie i w coraz to mocniejszym rozczynie alkoholu; w końcu pozostawił skrawki na 24 godzin w absolutnym alkoholu, zkąd wyjęte zanurzył zwykłą metodą w celoidynie. Skrawki zabarwił safraniną, a następnie odbarwione alkoholem, wyjaśnione olejkiem bergamotowym, przechowywał w balsamie kanadyjskim. Badane skrawki pod drobnowidem wykazują dużo zbitéj tkanki łącznéj wśród któréj tu i owdzie jajka wyraźnie są zwyrodniałe bez pęcherzyków Graafa. W pierwoszczy jajka widać wyraźnie tłuszcz. Dookoła jajka widzieć można kilka mocno spłaszczonych komórek przybłonkowych będących w zaniku. Jestto pozostałość po *discus oophorus*. Ściany naczyń krwionośnych są mocno zgrubiałe i wykazują objawy endarteriitis. Cały preparat wygląda jakoby wycięty z jajnika kobiety, która przestała dawno miesiączkować.

b) jajo płodowe z pierwszego miesiąca wydobyte w klinice prof. Dra M. Madurowicza, a będące własnością zakładu prof. Dra Marsa.

V. Posiedzenie 5 maja 1891.

Przewodniczący: Prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 7, jako gość kandydat medycyny Zoll Józef.

---

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Uchwalono aby kartka tytułowa sprawozdania rocznego Towarzystwa ginekologicznego była zatytułowaną: „Rocznik Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego". Zeszyt I. Treść: 1) Odczyty, 2) przedstawienia chorych, 3) demonstracye preparatów anatomicznych i narzędzi.

3) Uproszono kol. Przewodniczącego, by zaprosił wybitniejszych ginekologów polskich do wzięcia udziału w sekcyi ginekologicznéj VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

4) Kol. Mars przedstawił pod drobnowidem:

Preparat endometritis decidualis polyposo tuberosa. Historya tego przypadku jest następująca:

Na oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza była leczona kobieta 24 lat licząca od 25 lutego do 24 marca na ciężką żółtaczkę nieżytową, przyczem rozpoznano ciążę w 5-ym miesiącu. Z powodu rozpoczynającéj się czynności porodowéj przeniesioną została na oddział położniczy gdzie porodziła płód 5-cio miesięczny i w kilka godzin umarła. Krwotoku podczas porodu nie było wcale. Przed śmiercią miała się przyznać że się otruła zapałkami. Sekcyja dokonana przez prof. Browicza, nie wykazała w narządach wewnętrznych żadnych zmian prócz wybitnéj żółtaczki i zwyrodnienia błony śluzowéj macicy. Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: „Icterus gravis in puerpera, suspectio intoxicationis phosphoricae". Co do ostatniéj zmiany oddano macicę i jajo płodowe kol. Marsowi do bliższego zbadania. Macica okazywała wybitne zabarwienia żółtaczkowe, w szyi macicy nad ujściem zewnętrznem skrzep wielkości 1 ½ jaja gołębiego silnie do ścian macicy przylegający. Błona śluzowa przedniéj ściany macicy zgrubiała na 2 ctm., wiotka, krwawo przesiąkła, okazuje gdzieniegdzie utkanie jamiste, w innych miejscach włókniste. Błona śluzowa ku wewnątrz okazuje powierzchnią guzowatą, na zewnątrz ściśle od ścian macicy odgraniczona, zwiesza się gdzieniegdzie polipowato ku jamie macicy. Długość macicy w całości wynosi 15 ctm., długość jamy 9 ctm., długość szyi 3·5 ctm.; grubość przedniéj ściany z błoną śluzową 5·25 ctm. grubość ściany tylnéj 2 ctm., a z błoną śluzową 2 i 5 ctm. Skrawki podłożone pod drobnowidem są tak cięte, że na preparacie widać całą szerokość zmienionéj błony śluzowéj i ścianę

macicy. Pod małem powiększeniem widzieć można błonę śluzową zmienioną, przedstawiającą utkanie jamiste, siatkowate, niejednostajne, jamki wypełnione krwią, tak że preparat wygląda jakby krwią przesiąknięty, w innych miejscach okazuje utkanie jednostajne błony doczesnéj, w innych wreszcie miejscach wolne przestwory, nie zawierające krwi, o ścianach nie wykazujących wyścielenia komórkowego. Nigdzie nie spotyka się gruczołów. Pod większem powiększeniem widać w miejscu gdzie leży utkanie jamiste obok utkania jednostajnego, tu i owdzie naciek komorkowy z komórek drobnych w całości zabarwionych i zwykłych komórek błony doczesnéj. Pod znacznem powiększeniem widać komórki olbrzymie, kształtu przeważnie wrzecionowatego z dużem jądrem, jakie opisują autorzy w podobnych przypadkach. Komórki te okazują różne okresy działkowania. Z tego obrazu możemy powiedzieć, że mamy przed sobą *endometritis decidualis polyposotuberosa*". Zmiana ta zdarza się najczęściéj u osób obarczonych zakażeniem kiłowem. Tak dobrze w wywiadach jak i obserwacyi szpitalnéj i na stole sekcyjnym nie znaleziono zmian, któreby za kiłą przemawiały. Co do samej budowy błony śluzowéj to postać powyższa należy do rzadkich, albowiem mamy wyraźny zanik gruczołów, napełnione zaś krwią przestwory jamiste pozwalają się domyślać powstania tych przestworów z rozszerzonych i zwyrodniałych naczyń krwionośnych, przestwory zaś wolne pochodzą z rozszerzonych naczyń limfatycznych.

W dyskusyi zabiera głos kol. Cercha i oświadcza, że powyższa zmiana stoi w ścisłym związku zo truciem fosforowem, która wywołuje krwotoki miąższowe.

Kol. Przewodniczący nazywa ten przypadek według dawnéj nomenklatury „*endometritis decidualis polyposa*" i uważa w podobnych przypadkach łyżeczkowanie za zabieg bardzo niebezpieczny z powodu znacznego krwotoku miąższowego.

5) Kol. Braun opisał przypadek: „tężca macicy powstałego podczas ciąży i trwającego do końca porodu" *tetanus uteri*.

Dnia b. r. zgłosiła się do kliniki położniczéj kobieta K. M. 35 lat licząca, zamężna z okolic Rzeszowa, która podaje, ze dawniéj miewała regularność prawidłową, która przed 4 laty ustała na 3 lata, poczem powróciła chociaż na krótki czas, bo od 9 miesięcy ostatnich nie ma regularności. Utrzymuje że jest obecnie w ciąży; rodziła przedtem 4 razy zawsze na czasie, 2 dzieci urodziło się nieżywych, dwoje zaś żywych, lecz zmarły wkrótce po porodzie. Po ostatnim porodzie, który się odbył przed 8 laty, miała dostać od akuszerki do zażycia proszki, po których długi czas leżała w połogu ciężko

chora, miewała dreszcze, ból głowy i kłucie w brzuchu. Pierwsze ruchy płodowe poczuła przed 4 miesiącami, przed 7 tygodniami dostała bolów porodowych, które trwały przez 3 dni, poczem ruchy płodowe i bóle zupełnie ustały.

Badanie wykazało: u osoby miernie odżywionéj nie gorączkującéj i nie żalącéj się na żadne dolegliwości, brzuch mocno wypuklony w linii środkowéj od spojenia łonowego aż pod wyrostek mieczykowaty przez guz wymacalny przez powłoki brzuszne, twardy, zbity, o powierzchni wszędzie gładkiéj, kształtu jajowatego, nie dający się od spojenia łonowego odgraniczyć, mogący swoim kształtem, położeniem i zbitością odpowiadać macicy skurczonéj, odpowiadającéj swoją wielkością macicy w ostatnim miesiącu ciąży. Chelbotania stwierdzić nie można a przysłuch nad całym guzem daje wynik ujemny. Podczas badania przez pochwę stwierdzono znaczne rozpulchnienie ścian pochwy, przednie sklepienie lekko wypuklone i wysoko umieszczone, przez nie żadnego ciała wybadać nie można, stwierdza się tylko, że guz wybadalny nad spojeniem łonowem jest w ścisłym związku z częścią pochwową, która przedstawia się jak 2 strzępy ze sobą spojone, między które palca wysoko wprowadzić nie można z powodu znacznego zwężenia. Palec badający był pokryty cieczą ciemno krwawą, niecuchnącą. Badanie przez odbytnicę dało również wynik ujemny. Na podstawie wywiadów wykazujących, że osoba ta niema regularności od 9 mięsięcy, poczuła ruchy płodu wyraźnie przed 4 miesiącami, że przed 7 tygodniami ruchy ustały i to po 3-ch dniowem trwaniu boleści porodowych rozpoznano: tężec macicy wśród porodu“. Co do położenia, wielkości płodu z powodu znacznego napięcia ścian macicy nic wykazać nie można było, rozpoznano tylko że płód jest nieżywy, raz że chora sama od dłuższego czasu ruchów płodu nie czuje, a powtóre, że przedmiotowo ani ruchów płodu, ani tętna wybadać nie można było.

Dla zniesienia stałego skurczu macicy, stosowano przez 3 dni kąpiele ciepłe, przestrzykiwano pochwę ciepłym 2% kwasem karbolowym, podawano duże dawki makowca przez odbytnicę w lewatywach. Gdy 18 kwietnia wystąpiły dreszcze i gorączka, tętno stało się szybszem, język zaczął podsychać, przystąpiono do rozwiązania choréj. Po głębokiem uspieniu rozszerzano rozszerzadłami Hegarowskiemi zwężony przewód szyjki tak długo, aż przez rozszerzony przewód udało się przepromadzić 2 palce do jamy macicy. Wtedy stwierdzono, że leży płód w macicy w położeniu poprzecznem. Wykonano

wypaproszenie, złamano kręgosłup w okolicy kręgów piersiowych, a gdy płodu ze zdwojonem ciałem nie można było ku dołowi obniżyć, a ujście się rozszerzyło o tyle, że można było wprawdzie z trudnością rękę przeprowadzić, dokonano obrotu na nóżki i wyciągnięto płód, którego rozmiary świadczyły, że był donoszony a na ciele widzieć można było wyraźne zmiany rozmiękczenia. Po wydobyciu łożyska stwierdzono po stronie lewéj, gdzie leżała główka płodu, małe zagłębienie w ścianie macicy, z tego powodu całą macicę i pochwę wytamponowano gazą jodoformową. Przebieg połogu był zupełnie prawidłowy z wyjątkiem, że macica, chociaż się zmniejszała, była zawsze twarda, zbita i niebolesna. Chora opuściła zakład zupełnie wyleczona i tylko w miejscu owego wypuklenia bocznego ścian macicy stwierdzono grubą bliznę.

VI Posiedzenie 2 czerwca 1891.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5.

---

1) Sprawy administracyjne.

Kol. Mars zawiadamia Towarzystwo, że Rocznik Towarzystwa ginekologicznego za rok 1891 ukończony i rozesłany został do wszystkich członków Towarzystwa i do Redakcyj dzienników lekarskich polskich. Wydawnictwo kosztuje 69 fl. 33 c.

2) Kol. Mars przedstawił przypadek:

„Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa.

Kehrer w dziele położniczem zbiorowem Müllera podaje, że zachowanie się przewodu pokarmowego w czasie połogu nie jest dostatecznie zbadane i że w tym kierunku rozległe badania są potrzebne; a Müller w cennem dziele: „*Die Krankheiten des weiblichen Körpers*“ str. 3. mówi, że zagłobienie jelit podczas ciąży i połogu bywa nierzadko spostrzegane, a mimo to przytacza tylko nieliczne przypadki, opisane przez Gottscheda, G. Brauna, Albrechta, Hildebrandta, Tarnowskiego. Przeglądając piśmiennictwo odnośne, rzadko tylko spotkać się można ze zmianami dotyczącemi nieprawidłowości przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Wobec tego zdaje mi się usprawiedliwionem podanie odnośnego przypadku.

N. N. wieloródka, 22 lat licząca, osoba bardzo dobrze zbudowana wzrostu średniego, prócz częstego zaparcia stolca i trudnego oddawania kału na nic się nie żaląca. Pierwszy poród w położeniu czaszkowem ukończony operacyją kleszczową na główce nizko stojącéj z powodu przewlekania się okresu wykluczenia płodu. Obecnie po raz wtóry w ciąży, podczas któréj miała się bardzo dobrze, używała dużo ruchu, zajmowała się wszystkiem w domowem gospodarstwie i zauważyła tylko, że brzuch był pojemniejszy, aniżeli podczas pierwszéj ciąży. Nadto okazywała upodobanie do kiszonéj kapusty, którą wielokrotnie jadała, co też miało miejsce w dniu 10 lutego wieczorem, w którym to czasie zjadła jéj więcéj niż kiedykolwiek. 11-go lutego t. j. na drugi dzień o godzinie 3-éj rano poczuła pierwsze bóle porodowe, które aż do zupełnego rozwarcia ujścia zewnętrznego macicy były bardzo leniwe. Okres wykluczenia płodu, który się rozpoczął po godzinie 8-éj rano, trwał zaledwo 25 minut. Po czterech silnych bólach urodził się syn donoszony. Macica po porodzie płodu kurczyła się bardzo dobrze, a popłód po miernym ucisku na dno macicy wystąpił w całości na zewnątrz w kilkanaście minut.

Przez dwa dni prócz kilku bólów porodowych położnica nie okazywała żadnych zboczeń, miała się zupełnie dobrze. Tętno spokojne wolne, ciepłota prawidłowa, skóra obficie potem pokryta. Mocz oddawała dobrowolnie. Dyjetę zachowywała płynną, (rosół, lekka herbata z mlekiem, buljon wreszcie do napoju odwar ślazu). Przy oglądaniu brzucha w podbrzuszu widoczne wysklepienie odpowiadające macicy dnem blizko pępka sięgającéj. Ponad dnem macicy wyraźne zagłębienie okolicy pępkowéj, wzdęcia brzucha wcale niema. Przeciw bólom poporodowym podano raz rozczyn morfinu w wodzie laurowéj w stosunku 1 : 100, w ilości 10 kropli.

Trzeciego dnia poczęło występować wzdęcie brzucha i to bardzo szybko. Brzuch przy oglądaniu wobec bardzo wiotkich powłok okazywał postać falistą, którą mu nadawała okrężnica w swéj części poprzecznie przebiegającéj, a mianowicie widzieć można było wyraźnie, że *colon transversum* mocno rozdęte zwiesza się w długiéj pętli półksiężycowato od prawego do lewego podżebrza, dosięgając dna macicy. Wobec braku innych objawów, wzdęcie to uważano jako następstwo nagromadzenia kału w jelitach wobec lek-

kiego stanu porażennego tychże, jak to się wielokrotnie po porodach zdarza. Niezwłocznie podano pacyjentce $1^1/_2$ łyżki stołowéj olejku rącznikowego wewnętrznie. Wzdęcie brzucha z każdą godziną stawało się większe, a dnia następnego t. j. czwartego po porodzie postać jego i rozmiary odpowiadały rozdęciu jak na końcu ciąży. Badanie przez powłoki brzuszne dawało wynik ujemny, prócz bowiem odgłosu bębenkowego na całym brzuchu nic innego stwierdzić nie można było. Zarysy macicy poprzód wyraźnie wybadalne zanikły zupełnie, bolesności nie zauważono nigdzie, ciepłota i tętno prawidłowe. Po olejku rącznikowym wypróżnienia nie było. Pomazano cały brzuch kolodyjonem, na wierzch dano zimne okłady i zalecono lewatywy lejkiem Hegara, które jednakowoż zostały bez skutku, mimo że wpędzona woda nie odpłynęła. Po południu tegoż dnia próbowano wprowadzić do odbytnicy grubą sondę, aby nią gazy z rozdętych kiszek odejść mogły. Sonda stolcowa dała się jednak zaprowadzić tylko do pewnéj wysokości do odbytnicy i daléj posunąć jej nie można było, napotykała bowiem na opór, który się przezwyciężyć nie dawał. Wobec tego podano choréj kalomel wewnętrznie. Stan ogólny jednakowy.

Dnia 5-go, gdy bębnica wciąż daléj wzrastała, powłoka z kolodyjonu na brzuchu poczęła w różnych miejscach pękać, szczególniéj zaś nad okolicami pachwinowemi. Miejsca pozbawione téj powłoki pomazywano świeżą kleiną i tym sposobem starano się działać przeciw nadmiernemu rozdęciu brzucha. Tegoż dnia po odbytéj naradzie z prof. Madurowiczem podano choréj *extractum fabarum Calabar.* 0,02, powtórzono próbę założenia zgłębnika stolcowego do odbytnicy i próbowano ułożenia kolankowego chorej. Próba założenia zgłębnika do odbytnicy nie udała się powtórnie, a podany środek i ułożenie kolankowe choréj okazały się jako bezskuteczne. Wsuwając zgłębnik do odbytnicy po palcu do tejże wprowadzonym, można się było przekonać, że odbytnica jest spłaszczoną przez guz znacznych rozmiarów wypełniający miednicę małą. Badanie przez pochwę stwierdziło, że pochwa szczelinowata przypartą jest do spojenia kości łonowych, ponad którem czuć można część pochwową macicy, znacznie ku górze wysuniętą. Przez tylną ścianę pochwy czuć guz jednostajnie napięty, elastyczny, od dołu kulisto ograniczony, wypełniający miednicę małą, a tworzący z guzem przez odbytnicę wybadanym jednolitą całość. Guz ten między pochwą a odbytnicą umiejscowiony sięgał dna miednicy tak, że ledwo na 2—$2^1/_2$ ctm. leżał ponad zepchnię-

tem ku dołowi międzykroczem. Górnego ograniczenia guza określić nie można, wznosi się bowiem jednostajnie ku górze. Nadmienić wypada, że guz ten był zupełnie niebolesny. Wnosząc z umiejscowienia, postaci i zbitości guza, rozpoznano opadnięcie jelit do zatoki Douglasa, uciśnięcie tychże między ciałem macicy a wzgórkiem kości krzyżowéj, a w następstwie ucisk na odbytnicę wywołujący niedrożność tejże, z następowem rozdęciem jelit gazami. Przez cały czas dotyczczasowego badania mimo, że w tym kierunku zwracano uwagę i starannie badano, w stanie ogólnym choréj nie spostrzeżono zmiany. Mocz badany był prawidłowy, tętno spokojne nie przenosiło liczby 80-ciu uderzeń na minutę, ciepłota wieczorna nie dosięgła ani razu 37·5 — poranna zaś nie dochodziła prawie 37·0. Odchody połogowe prawidłowe. W szóstéj dobie po porodzie ciepłota podniosła się do 38·5, tętno z rano 100, po południu podskoczyło do 120 uderzeń na minutę. Bębnica bardzo znaczna, brzuch nadmiernie rozdęty i wysklepiony, przepona bardzo znacznie ku górze wyparta. Kręgosłup tak znacznie w okolicy lędźwiowéj ku przodowi wygięty, że w ułożeniu choréj na wznak, swobodnie rękę po pod kręgosłupem przesunąć można. Tułów choréj spoczywa okolicą łopatek i pośladkami na pościeli, część zaś pośrednia tułowia łukowato ułożona nad pościelą. Podczas opukiwania brzucha odgłos wypukowy metaliczno-bębenkowy. Czasami słychać głośne przelewanie się płynów w kiszkach z podźwiękiem podobnym do dźwięku, jaki powstaje, gdy kropla płynu spada do beczki, w któréj na dnie znachodzi się nieco płynu. Oddechanie wydaje się utrudnionem i jest szybsze, zaczerwienienie twarzy odpowiadające rozpoczynającéj się sinicy. Chora poczyna być niespokojną i rozdrażnioną, nie znosi zwykłych zabiegów około niéj czynionych.

Wobec tego stanu, gdy dotychczasowe leczenie nie prowadziło do celu, a stan choréj się szybko pogarszał, miano zamiar wykonania nakłuć cienkim trójgrańcem w celu usunięcia gazów, na co się jednak rodzina nie zgodziła; powstała zatem myśl wykonania laparatomii w celu usunięcia niedrożności jelit. Złożono naradę lekarską z kol. Trzebickym i Pareńskim, wśród któréj postanowiono jeszcze czekać do dnia następnego i zalecono częstą zmianę położenia choréj w łóżku na boki, massage okolicy ponad załamkiem esowatym kiszki grubéj. Po tych zabiegach odeszły najpierw gazy w miernéj ilości, a potem pojawił się pierwszy od porodu stolec okazujący właściwości stolca po kalomelu. Brzuch

nie zmniejszył się wprawdzie widocznie, chora doznała jednak wielkiej ulgi. Następnego dnia obfity stolec z gazami znów po zmianie ułożenia w łóżku, poczem wejrzenie choréj zmieniło się na korzyść, poczynająca sinica ustąpiła, oddech stał się swobodniejszym i mniéj licznym, tętno opadło niżéj 100 uderzeń na minutę, ciepłota niżéj 37·5.

Od 8-go dnia stolce występowały regularnie. Brzuch z każdym dniem opadał widocznie, powłoki brzuszne stawały się coraz to podatniejsze. Przez te ostatnie można wyczuć dokładnie macicę dość dobrze zwiniętą, niebolesną, sięgającą dnem niemal pępka. W następnych dniach dno macicy zstępowało coraz niżéj tak, że dnia 14 po porodzie nie można go było wymacać nad spojeniem kości łonowych. Przez ten czas podawano choréj: *extractum nucis vomicae* po 0·03 dziennie.

W dwa tygodnie po porodzie chora miała się tak dobrze podmiotowo i przedmiotowo, że nic nieprawidłowego u niéj wykazać nie można było. Badanie wewnętrzne przez pochwę wykazało prawidłowe ułożenie organów w miednicy małéj położonych, mimo to zatrzymano chorą w łóżku jeszcze dni kilka, poczem pozwolono ostrożnie powstawać i zalecono zwracać uwagę, aby codziennie było wypróżnienie stolca.

Podczas opadania rozdęcia brzucha zauważono, że na obu udach poniżéj pachwin wystąpiło półksiężycowate zaczerwienienie skóry, wypukłością ku palcom nóg zwrócone, w miarę opadania brzucha coraz znaczniejsze. Zaczerwienienie to skóry odpowiadało podrażnieniu tejże, jakie widzimy po pomazaniu brzucha kolodyjonem w miejscach, gdzie takowy pęka. Na brzegach tego zaczerwienienia widać strzępki kolodyjonu. Objaw ten dowodzi, że w czasie nadmiernego rozdęcia brzucha skóra została przeciągniętą z ud nad pachwiny i może dawać miarę, jak znacznie brzuch był rozdęty.

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z uciśnięciem jelita grubego i to w jego dolnéj części z następową niezdrożnością jelit. Przemawia za tem sposób powstawania bębnicy, która się rozpoczęła od rozdęcia najpierw jelita grubego i objęła resztę kiszek. Badanie przedmiotowe wykazało jelita opadnięte w zatoce Douglasa nadmiernie rozdęte, które uciskały odbytnicę do kości krzyżowéj, a pochwę do spojenia kości łonowych i utrzymując

macicę w górze nie dozwalały jéj zająć ułożenia prawidłowego. Macica w warunkach prawidłowych po porodzie leży w mniejszem lub większem przodozgięciu w ten sposób, że zajmuje część jamy brzucha najniżéj położoną. Stan ten bardzo pięknie ilustrują przekroje zamrożonych ciał osób w połogu zmarłych jak n. p. rysunek w pracy Fehlinga (*Die Physiologie und Path. des Wochehbettes* str. 4) przedstawiający stosunki tuż po porodzie, albo rysunek w pracy Stratza: „*Die normale Lage des Uterus*“ (*Zeitschrift f. Gebhfe u. Gynaek.* Bd 13, Taf. 8) przedstawiający stosunki późniejsze w połogu. W prawidłowych warunkach jelita leżą po nad macicą. W przypadku naszym stosunki ułożyły się odmiennie, a mianowicie macica po porodzie nie zajęła najniższéj części jamy brzucha, tylko jelita zstąpiły do zatoki Douglasa, co skoro się stało, macica musiała pozostać po nad jelitami, które potem rozdęte gazami coraz więcéj spychały zatokę Douglasa ku dołowi i wysuwały macicę ku przodowi i ku górze. Jak z doświadczenia wiemy, stan taki rzadko się przydarza, zaczem przemawia okoliczność, że w dziełach omawiających szczegółowo zmiany położenia macicy w połogu, jak n. p. w dziele zbiorowem Müllera o położnictwie, albo w pracy Fehlinga wyż cytowanéj, wzmianki o podobnéj zmianie położenia macicy podczas połogu nie znachodzimy. Naturalnem jest, że aby powstał stan w naszym przypadku opisany, potrzebne są warunki usposabiające. Do takich zaliczyć musimy wrodzoną albo téż nabytą znaczniejszą szerokość kreski jelitowéj, niższe aniżeli w stanach prawidłowych ułożenie fałdu otrzewnowego, tworzącego zatokę Douglasa. Że takie warunki w naszym przypadku istniały, dowodzi ułożenie okrężnicy poprzecznéj, która w długiéj pętli ku dołowi się zwieszała w chwili, gdy rozdęcie jelit powstawało. Nadto stwierdzone niskie ułożenie jelit w miednicy małéj przemawia za niskiem ułożeniem zatoki Douglasa. Do takich warunków usposabiających zaliczyćby można zrosty macicy podczas ciąży w górze, albo zrosty jelita w zatoce Douglasa położonego. Wobec prawidłowego jednak przebiegu ciąży obecność tych stanów wykluczyć można.

Zachodzi teraz pytanie: która część jelita opadała w zatokę Douglasa, czy opadły jelita cienkie, czy też pętle jelita grubego, a w szczególności załamek osowaty tegoż. Aczkolwiek stanowczo na to pytanie odpowiedzieć trudno, to przecież przebieg niniejszego przypadku przemawiałby zatem, że opadnięte były jelita cienkie i uciskały odbytnicę, gdyby bowiem w zatoce Douglasa leżała pętla kiszki grubéj, musiałoby było przyjść do zagięcia tejże i do objawów z zagłoby tejże pochodzących, jak np. boleści, wymiotów kałowych itd., których chora nie doznawała. Nadto wobec tak znacznéj bębnicy trudnoby sobie pomyśleć tak łagodne zejście choroby i przywrócenie drożności jelita grubego, podczas gdy przypuszczając, że jelita cienkie w zatoce Douglasa leżały, cały przebieg chorobowy łatwo się tłomaczy.

Chcąc się zastanowić w niniejszym przypadku nad mechanizmem powstania zagłobienia jelit w zatoce Douglasa i powstania ucisku na kiszkę stolcową, musimy rzecz sobie tłomaczyć jak następuje: Wobec warunków sprzyjających dostały się po porodzie pętle jelit cienkich do zatoki Douglasa. Macica po porodzie musiała mieć dążność umiejscowienia się na dnie jamy brzucha, przynajmniéj zatem pewnym odcinkiem leżała w miednicy małéj. Ponieważ zaś macica po porodzie jest pojemną, zatem wchód do miednicy małéj a względnie wejście do zatoki Douglasa mogło być obecnością macicy we wchodzie ścieśnione, szczególniéj w miejscu między macicą a wzgórkiem kości krzyżowéj położonem. Tym sposobem jelita do zatoki Douglasa raz opadłe nie mogły się łatwo nazad do jamy brzucha wysunąć, szczególniéj jeżeli w danym przypadku zatoka Douglasa daleko niżéj leżała, jak tego się w naszym przypadku domyślamy. Stan porażenny jelit jaki spostrzegamy często po porodach, a nadto treść jelit, jak kapusta zjedzona kilka godzin przed porodem, przyczyniały się do rozdęcia tychże. W części jelit w zatoce Douglasa leżących ucisk śródścienny musiał się wytworzyć wyższy aniżeli w jamie brzucha, a temsamem począł zwolna występować ucisk na odbytnicę. Niebawem skutkiem ucisku odbytnicy i następowéj niedrożności powstało

rozdęcie okrężnicy, które także musiało utrudniać wydobycie się jelit w zatoce Douglasa leżących. Znaczna bębnica, niedrożność jelit, oddziaływały na stan ogólny choréj, która poczęła gorączkować. W miarę wzrostu bębnicy i w miarę większego napięcia gazów w jelitach cienkich w zatoce Douglasa leżących i coraz więcéj wywieranego ucisku na organa sąsiednie, macica musiała zostać wypartą ku górze i ku przodowi, co też podczas badania stwierdzono dnia 5-go po porodzie i w czasie, gdy bębnica ustępowała. Jeżeli weźmiemy nadto pod uwagę okoliczność, ze i macica skutkiem zwijania się połogowego musiała się zmniejszać, to musimy przypuścić możność, że zacieśnienie wejścia do zatoki Douglasa mogło w tych warunkach ustąpić i zagłobienie jelit opadniętych ustać. Tym sposobem mógł się wyrównać ucisk śród jamy brzucha i zatoki Douglasa, a temsamem następnie mogły się i gazy wydostać przez uciśniętą odbytnicę. Tłomaczenie to wyjaśnia nam także, dlaczego mimo istniejącéj niedrożności nie przyszło do gwałtownych objawów, tylko wystąpiła znaczna bębnica.

W dyskusyi zabiera głos kol. Braun i zwraca uwagę, że Fritsch kładzie wielki nacisk na usuwanie jelit z jamy Douglasa po cięciu cesarskiem dla ominięcia ugniecenia jelit macicy. Daléj twierdzi, że w przypadku kol. Marsa już samo rozdęcie jelit grubych mogło wprowadzić na oznaczenie miejsca gdzie była niedrożność t. j. w jęlicie grubem.

Kol. Przewodniczący zapytuje, czy przez odbytnicę dał się guz w jamie Douglasa wybadać, na co kol. Mars odpowiada, że sondą można było czuć opór, a palcem wybadać guz.

VII. Posiedzenie 3 listopada 1891.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

1) Kol. Przewodniczący wzywa obecnych by przez powstanie uczcili pamięć przedwcześnie zmarłego kolegi ś. p. Dra Jana Ziembińskiego b. członka Towarzystwa ginekologicznego.

2) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że *a*) Dr. L. Neugebauer przesłał do Towarzystwa swą broszurę „30 przypadków przetoki szyjkowéj“.

b) zachęca dalėj, by pilniėj przesyłać sprawozdania z dzienników lekarskich do „Przeglądu lekarskiego".

c) zaznacza, że Towarzystwo lekarzy wiedeńskich zaprasza do składek na pomnik ś. p. Prof. Dra Karola Brauna.

4) Kol. Cercha przedstawił pierwiastkę w 7 miesiącu ciąży, w której wcześnie wytworzyły się żylaki na kończynach dolnych, sromie i pochwie. Nadto w pochwie po stronie prawėj jest widoczny guz krwawy, a za wędzidełkiem pochwy tylnem wisi twór polipowaty, suchy, czarny.

Kol. Mars uważa twór na tylnėj ścianie pochwy za resztkę niezupełnego rozwoju części rodnych.

Kol. Przewodniczący uważa go za krwiak fałdu błony śluzowėj macicy.

5) Kol. Mars mówił:

„O tętniaku tętnicy macicznėj".

Panowie Koledzy! W sekcyi ginekologicznėj VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przedstawiłem na posiedzeniu dnia 17 lipca chorą, którą po raz pierwszy widziałem dnia 14 lipca i u której rozpoznałem tętniaka tętnicy macicznėj lewėj (*Aneurysma arteriae uterinae sinistrae*). Przypadek ten przedstawiłem tem pochopniėj, że mi podobny z piśmiennictwa znanym nie był. Wówczas mogłem tylko przedstawić chorą i stwierdzić rozpoznanie, a nadto wysłuchać zdania kolegów ginekologów na zjeździe zgromadzonych. Po odbytym zjeździe miałem sposobność przez ciąg prawie dwóch miesięcy częstego widywania i badania chorėj, a temsamem czynienia spostrzeżeń nad dalszym przebiegiem cierpienia. Obecnie nadto przeglądnąwszy odnośne piśmiennictwo, [1]) o ile mi takowe było dostępne, i nie znalazłszy o podobnym przypadku wzmianki, sądzę, że niniejszy zasługuje na skrzętne zanotowanie.

---

[1]) Jedyny przypadek, jaki w piśmiennictwie napotkałem pod tytułem: *Aneurysma arteriae uterinae* podany przez Graily Hewitta (Schmidts Jahrb. T. 142, str. 245) odnosi się do przypadku *aneurysma spurium* powstałego skutkiem urazu u położnicy, którą mąż 4 dnia po porodzie kolankował. 20 dnia po porodzie krwotok z zejściem śmiertelnem, oględziny pośmiertne rzecz wyjaśniły.

Osoba lat 44 licząca, żona kupca, poczęła miesiączkować w 12 roku życia; miesiączka bywała zawsze skąpa 3—4 dni trwająca i w regularnych odstępach czasu powracała. Obecnie miesiączkuje również skąpo, czasami obficiéj, to znów skąpiej a nadto od czasu do czasu miesiączka się przeciąga i trwa dłużéj. W młodości na nic się nie żaliła, nie chorowała czuła się zdrową. W 19 roku życia wyszła za mąż, zaszła niebawem w ciążę i po dwóch miesiącach poroniła. Po poronieniu sprawy żadnéj zapalnéj nie przebywała, była jednak długo chorą, albowiem przez cały rok krwawiła. Późniéj już nie rodziła ani nie roniła. Po 10 latach niepłodnego małżeństwa poczęła szukać rady lekarskiéj przeciw niepłodności. Lekarz którego się radziła, znalazł cierpienie macicy, przeciw któremu radził choréj miejscowe upusty krwi z tejże; na co gdy się pacyjentka zgodziła, stawiał jéj kilkakrotnie bańki na części pochwowéj. Leczenie to nie doprowadziło do pożądanego celu, a ponieważ pacyjentka czuła się po za tem zdrową, przeto rady lekarskiéj przez lat wiele nie zasiągała.

Od kilku lat dopiero poczęła mieć w brzuchu uczucie, jak podaje, ciągłego pukania, jużto mniéj, jużto więcéj wyraźnego. Przed nadejściem miesiączki pukanie to stawało się wyraźniejsze i coraz uciążliwsze; wyraźniéj występowało także po większem zmęczeniu pracą lub chodzeniem. Stan ten stawał się dla niéj coraz przykrzejszym, czuła się rozdrażnioną nerwowo i poczęła źle sypiać. Przed dwu przeszło laty będąc w Wiedniu zasięgała rady tamecznych lekarzy, którzy rozpoznali cierpienie kobiece, a mianowicie: guz mały koło macicy. Jedni z nich byli za zabiegiem operacyjnym, inni przeciw takowemu, i wreszcie po uczynionéj naradzie lekarskiéj polecili choréj bierne zachowanie się i dalsze obserwowanie cierpienia. Od dwóch lat żali się chora na szereg objawów dotyczących przewodu pokarmowego, między innemi na kurcze żołądkowe powracające od czasu do czasu, podczas których uczucie tętnienia w brzuchu się wzmaga i staje się nader dokuczliwe. Z powodu nadmienionych objawów dotyczących przewodu pokarmowego wysłaną została chora w celu leczenia do Krynicy, gdzie się pod moją opiekę dostała.

B a d a n i e wykazało osobę wzrostu średniego, bardzo dobrze odżywioną. Powłoki ogólne i ciało jędrne, język mocno obłożony, czynność serca przyspieszona, tętno twarde, ciepłota prawidłowa, ucisk wywarty na wyrostki kolczaste kręgów 8 i 9 piersiowego dotkliwy, odruchy ścięgniste pod-

niesione, okolica dołka podsercowego tkliwa, zresztą za pomocą badania zewnetrznego nic osobliwego wybadać nie można. Oglądanie sromu i przedsionka nie okazuje żadnych zmian nieprawidłowych.

Badając wewnętrznie za pomocą palca znachodzimy pochwę niezbyt szeroką o ścianach wyraźnie fałdy okazujących; część pochwowa zbacza od osi miednicy nieco na prawo, długa na centimetr, o ujściu drobnem, gładkim brzegiem otoczonem. Sklepienie prawe szczelinowate, tylne od strony prawej wolne, w przedniem czuć dalszy ciąg ciała macicy. Sklepienie lewe szerokie, obniżone przez guz elastyczny, w dolnym odcinku gładki, kulisto ograniczony, przy dotyku bardzo wyraźnie tętniący. Badając dwuręcznie sposobem zestawionym stwierdzić można macicę prawidłowych rozmiarów, w całości na stronę prawą przesuniętą, w prawidłowem pochyleniu ku przodowi, dającą się poruszać w kierunku od przodu ku tyłowi i na odwrót. Poruszalność na boki, do góry i na dół upośledzona. Po stronie lewéj macica nie daje się od guza odgraniczyć ani obok niego przesuwać, stanowiąc wraz z tymże jednolitą całość. Guz pomieniony leży w więzie szerokim lewym tuż nad sklepieniem pochwowem, które spycha ku dołowi, przylega szczelnie do lewego brzegu macicy i to poczynając od miejsca przyczepu pochwy do części pochwowéj aż niemal do dna tejże. Guz ten wielkości dużego orzecha włoskiego albo raczéj jaja kurzego, zwężając się nieco sięga na bok do tylnéj ściany panewki stawowéj; w dotknięciu elastyczny, o powierzchni od dołu i od góry gładkiéj, od przodu okazuje rowkowate zagłębienie, przebiegające poprzecznie przez środek przedniéj jego ściany. Pod palcami czuć w całym guzie tak wyraźne tętnienie, że nie można powątpiewać o jego naturze. Pod uciskiem daje się ugnieść i zmniejsza się znacznie, bo niemal do połowy swéj objętości, przyczem czuć można, że ściany jego od góry, dołu i przodu są cienkie, po stronie zaś lewéj i prawéj grubsze jak niemniéj, że w miejscach, gdzie ściany grubsze, są one zarazem zbitsze, twardsze, niepodatne, jakby w ścianie jakieś blaszki tkwiły; po zwolnieniu ucisku guz napełnia się znowu wracając do pierwotnych rozmiarów. Badając od strony pochwy dwoma palcami i podstawiwszy końce tychże pod dolny odcinek guza, w miarę tętnienia, ma się uczucie, jakby się końce palców od siebie oddalały. Wobec tych objawów rozpoznałem co do narządu płciowego: *lateropositio uteri dextra, aneurysma arteriae uterinae sinistrae*". Czy w danym przypadku mieliśmy

do czynienia z czystym tętniakiem, czy też z guzem powikłanym, rozstrzygnąć trudno, to tylko wrażenie wynieść się musiało, że część środkowa guza utworzoną jest przez jamę, w któréj żadnych przegród nie ma. Po brzegach zaś t. j. od strony macicy i od kości biodrowéj, znachodziły się części guza zbitsze, które mogły pochodzić już to od zgrubienia ścian samych rozszerzonego naczynia: złogów wapiennych, pofałdowania; jużteż były częściami należącemi do utkania macicznego; jużtéż wreszcie tworzyły sploty naczyń z tętniakiem komunikujących, albo nawe co najmniéj prawdopodobne, aby tworzyły utkanie nowotworowe.

Na posiedzeniu zjazdowem sekcyi ginekologicznéj kilkunastu kolegów badało chorą i wszyscy zgodzili się na rozpoznanie. Co do leczenia: Dr. B y l i c k i radził zabiegu operacyjnego, a względnie galwanopunktury. Dr. K o h n zabiegu operacyjnego od strony pochwy, aby módz wywrzeć ucisk założonemi kleszczykami Richelota od strony macicy. Dr. M a r s radził stosowania ucisku na guz palcami i używania tamponów, tem więcéj, że wątpił, aby się pacyjentka na jakikolwiek zabieg operacyjny zgodzić chciała. Dr. B r a u n uważał ucisk za niebezpieczny i radził podwiązania naczyń, a szczególnie naczynia doprowadzającego. Dr. Ś w i ę c i c k i był za uciskiem i to za pomocą ciążków Kohtsa. Prof. T y r c h o w s k i sądził, że operacyja nie jest wskazaną, albowiem chora prawdopodobnie nie zajdzie w ciążę mając obecnie lat 44, a powiększenie guza może tylko zabieg operacyjny ułatwić.

Po zjeździe powróciła pacyjentka do Krynicy i pozostała nadal pod moją opieką. Poleciłem jéj picie wody karlsbadzkiéj odpowiednią dyjetę, a nadto środki uspokajające ustrój nerowowy. Gdy zaś jak przypuszczałem, pacyjentka na zabieg operacyjny na razie zgodzić się nie chciała, postanowiłem miejscowo wywierać ucisk na guz opisany i zakładać tampony dość zbite z waty w lewe sklepienie. Ucisk dwuręczny wykonywałem w sposób następujący: pacyjentkę układałem na posłaniu z podniosionemi krzyżami, dwa palce prawéj ręki, wskazujący i średni, wprowadzałem do pochwy pod największą wypukłość guza od dołu, lewą zaś ręką ułożoną nad pachwiną wywierałem końcami czterech palców ucisk od góry i od tyłu i tym sposobem działając, starałem się zgnieść guz ile tylko mogłem jaknajwięcéj. Ucisk zrazu łagodny stopniowałem coraz więcéj w miarę jak czułem, że guz się wypróżnia; tak uciśnięty trzymałem tak długo między rękoma, jak długo byłem w możności, t. j. aż do chwili, gdy w palcach czucie tracić poczynałem. Podczas

zabiegu pacyjentka była zawsze dość niespokojną, żaliła się bardzo na ból w powłokach brzusznych i na utrudnione oddechanie tak, że o wywieraniu ucisku przez czas dłuższy na jednem posiedzeniu trudno było myśleć, jak to radzą autorzy czynić wobec tętniaków zewnętrznie przystępnie położonych.

Nadmienić mi wypada, że zrazu wprowadzałem do pochwy tylko jeden palec, przekonałem się jednak, że przy silnym ucisku daje się koniec palca wcisnąć w guz i że ucisk nie działa na cały guz tylko na jeden punkt jego; bojąc się zatem, aby niejednostajnie wywarty ucisk nie sprowadził nadwerężenia guza (na co zwrócił uwagę podczas Zjazdu kol. Braun), wprowadzałem później dwa palce, któremi bardzo dobrze guz w całości ucisnąć było można. Wykonywanie ucisku było znacznie utrudnione niepodatnością powłok brzusznych i znacznym podkładem podściółki tłuszczowéj, musiano zatem używać dużo siły, aby skuteczny ucisk wywrzeć; skutkiem tego powstawały po każdorazowym zabiegu sińce nad pachwiną lewą i tkliwość skóry, które niedozwalały zrazu częściéj niż co dwa dni ucisku wywierać. Po każdorazowym ucisku zakładałem tampon do pochwy podsuwając go w sklepienie lewe.

W czasie od 20/7—14/8 wykonałem ucisk 12 razy, wśród czego zauważyłem widoczne zmniejszanie się guza.

Od 15/8—11/8 chora miesiączkowała. Od 22/8—9/9 wykonałem ucisk 17 razy czyniąc ten zabieg codziennie (dwa dni tylko były wypuszczone). 23/8 badał chorą prof. Dr. Madurowicz, który ją badał także podczas zjazdu w Krakowie i stwierdził, ze guz stał się miększym i znacznie mniejszym, i zachęcił mnie do dalszego stosowania ucisku.

Uciskając guz codziennie, zauważyłem, że z każdym dniem mogłem go coraz więcéj wypróżnić tak, że ściany jego górna z dolną ze sobą się stykać dawały.

Do dnia 25/8 czułem podczas ucisku tylko tętnienie, od tego zaś dnia począłem nadto mieć pod palcami uczucie tarcia podobne do opłucnowego.

Dnia 31/8 dał się guz tak ucisnąć, że przez pewien czas zupełnie tętnienia nie czułem, co też i podczas następnych dni mi się udawało.

D. 9/9 musiała chora powracać do domu i niemogła pozostać dłużéj w leczeniu. W tym czasie guz przedstawiał się jako zmniejszony bardzo znacznie może do $^{1}/_{5}$ pierwotnych rozmiarów, przybrał kształt grubego postronka tuż nad sklepieniem pochwowem przebiegającego, zwężającego się

w kierunku ku ścianie miednicy, a rozszerzającego się nieznacznie ku macicy. Nadto podczas badania wyraźnie można było czuć części zbitsze po obu końcach opisanego postronka bez wywierania nań ucisku, co pierwotnie tylko podczas wypróżnienia guza czuć się dawało. Co do objawów podmiotowych podaje pacyjentka, że się ma lepiéj, że jéj uczucie pukania w brzuchu nie dokucza.

Przypadek ten zwraca uwagę przedewszystkiem swą rzadkością i okoliczność ta musi skłonić do przypuszczenia, że powstanie tętniaka na tętnicy maciczněj w niniejszym przypadku wywołać musiały wyjątkowe i przypadkowe okoliczności. W wywiadach znachodzimy okoliczność, któraby powstanie tętniaka tłómaczyć mogła: przed laty 15 stawiano pacyjentce kilkakrotnie pijawki na części pochwowéj, otóż możebnem jest, że jedna z pijawek uczepiła się w sklepieniu pochwowem i jeżeli tętnica maciczna przebiegła tuż nad sklepieniem mogła takową skaleczyć, poczem opisana zmiana powstać mogła, szczególniéj jeżeli naczynia tętnicze do tego zwyrodnienia były usposobione.

Zmniejszenie się guza tak znaczne po ucisku przemawia stanowczo za tem, że w niniejszym przypadku mamy do czynienia z czystym tętniakiem prawdziwym tętnicy maciczněj.

W dyskusyi zabiera głos Kol. Obaliński, który uważa że kleszczyki podobnie zbudowane jak kleszczyki Mikulicza do ugniecenia tętnicy migdałowéj, mogłyby znaleść w danym przypadku zastosowanie.

Kol. Braun i Rydygier, uważają ucisk na tętniaku w celu pomniejszenia jego objętości za niebezpieczny i radzą podwiązanie.

Kol. Przewodnicący oświadcza, że zauważył pomniejszenie guza badając chorą po stosowaniu ucisku przez kilka tygodni.

Kol. Zoll przedstawił:

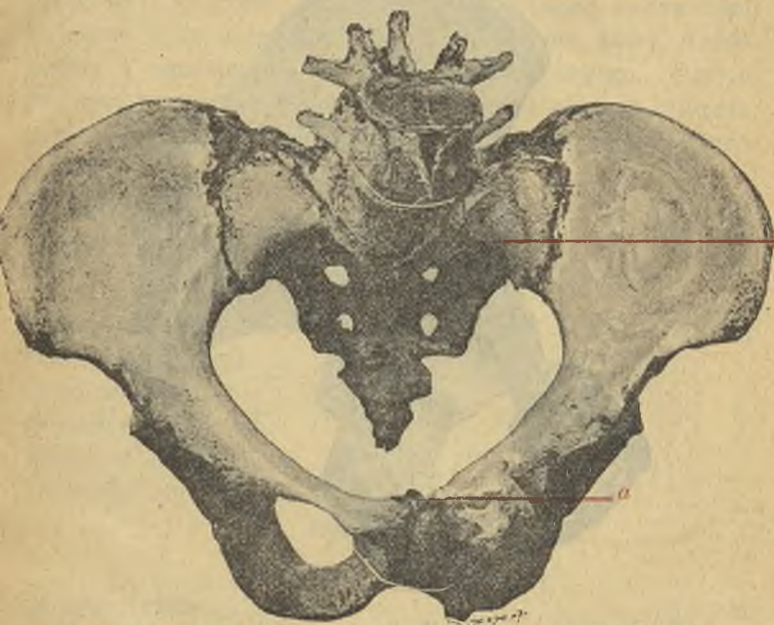
Miednicę kościomykową zgąbczałą i skośnie ścieśnioną wskutek złamania.

Miednicę tą należącą do zbioru pracowni położniczo-ginekologicznéj U. J. znaleziono u posługacza zakładu anatomii opisowéj już suchą i spreparowaną, pochodzi ona

z osoby zmarłéj w szpitalu św. Łazarza, lecz mimo najdokładniejszych poszukiwań, żadnych dat tyczących się tego przypadku za życia, nie udało mi się wynaleść.

Zmiany na miednicy tyczące się złamania przedstawiają się jak następuje:

Fig. 1.



1) znajduje się rozszczepienie gałęzi poziomej kości łonowéj lewéj na dnie blaszki, zespojone kostniną nie zupełnie skostniałą i to rozszczepienie tego rodzaju, że blaszka zewnętrzna w miejscu położenia kości łonowéj z kością biodrową wystercza guzowato na zewnątrz, blaszka zaś wewnętrzna sterczy ku jamie miednicy małéj na 1—$1^1/_2$ cm. i jest nieco obniżoną (Fig. 1 a);

2) w miejscu połączenia kości łonowéj lewéj z kością siedzeniową (Fig. 2 a), nadto w miejscu odpowiadającem mniéj więcéj środkowi trzonu kości siedzeniowéj (Fig. 2 b) znajdują

się dwa silne nadłamania, połączone kostniną, które powodują zagięcia kątowate lewéj części łuku łonowego i znaczne zniekształcenie otworu jajowatego;

Fig. 2.



3) wreszcie na skrzydle lewém kości krzyżowéj znajduje się nadłamanie, (Fig. 1 b), które wywołuje zniekształcenie saméj kości krzyżowéj o tyle, że jéj skrzydło lewe jest krótsze, *foramina intervertebralia* po stronie lewéj są nieco węższe, linia zaś bezimienna po tejże stronie przybiera postać mniéj regularną i przedstawia wygięcie znacznie silniejsze, niż to po stronie przeciwnéj w stanie prawidłowym widzieć możemy. Zmiany te są podobne jak w przypadku Gusserowa. (*Archiv f. Gynaek. Band XI, Beitrag zur Lehre vom schrägverengten Becken).*

Wszystkie te złamania razem wywołały następujące zmiany na miednicy: przybliżenie wzgórka kości krzyżowéj

ku stronie złamanej, skrócenie skrzydła lewego kości krzyżowéj i wygięcie jéj ku tyłowi, skrócenie i zniekształcenie linii bezimiennéj lewéj, (lewa bowiem wynosi 15 ctm. długości gdy prawa 18 cm.), ustawienie wyższe lewéj połowy miednicy a tem samém wyrostka kolczastego, przedniego górnego kości biodrowéj lewéj, skierowanie panewki nieco ku przodowi i ku górze, przesunięcie guza kości siedzeniowéj ku górze i ku wewnątrz, zgrubienie trzonu kości siedzeniowéj i zmniejszenie otworu owalnego lewego. Ogółem miednica ta przedstawia skośne ścieśnienie miernego stopnia, o czem wymiary jéj szczegółowe mogą nas najlepiéj przekonać:

Diameter spinalis	25	cm.
Diameter cristalis	27.5	„

Wchód miednicy:

Coniug. vera	9.2	cm.
Coniug. pseudovera	8.5	„
Diameter transversa	13.4	„
Diameter obliqua sin.	12.5	„
Diameter obliqua dextr.	11.7	„
Distantia sacrocotyloid. dextr.	8.2	„
„ „ sinistra	7.5	„

Próżnia miednicy:

Diameter recta	13.3	cm.
Diameter transver.	10.5	„

Cieśń miednicy:

Diameter recta	11.0	„
Diameter transv.	9.2	„

Wychód miednicy:

Diameter recta	9.0	„
Diameter transv.	9.5	„
Odległość promontorium od dolnéj części spojenia łonowego	11.1	cm.
Odległość promontorium od synchondrosis sacroiliaca po stronie lewéj	5.5	„

Taż, po prawej	6.2	cm.
Odległość proces. spinos. 5 lutego kręgu lędźwiowego od spin. post. sup. os. ilei po str. lewéj	8.2	„
Taż, po str. prawéj	7.6	„
Odległość spin. oss. isch. od tuber. ossis ischii tejże strony po str. lewéj	4.8	„
Taż, po str. prawéj	5.4	„
Odległość spin. oss. isch. od tuber. oss. ischii strony przeciwnéj po str. lewéj	11	„
Taż, po str. prawéj	10.2	„
Odległość tuber. oss. ischhii od crista oss. ilei po stronie lewéj	18.2	„
Taż, po stronie prawéj	19.0	„
Odległosć sp. ant. sup. od spin. post. sup. oss. ilei strony przeciwnéj lewa	23	„
Taż, prawa	21	„

Z wymiarów tych widzieć można, że ścieśnienie było jednak nie bardzo znacznego stopnia, tak że spodziewać się można było, że gdyby osoba do któréj ta miednica należała miała była rodzić, to poród mógłby się przy silnych bólach porodowych i przy niewielkiéj główce odbyć siłami natury. Obok zmian wyżéj opisanych spostrzedz można silne przodozgięcie kręgosłupa w części dolnéj lędźwiowéj i nadzwyczaj wybitne równoważne wygięcie kości krzyżowéj ku tyłowi (Fig. 3a) przy bliższem zaś oglądaniu można zauważyć połączenie kostne trzonu ostatniego kręgu lędźwiowego z trzonem pierwszego kręgu krzyżowego. Wszystko to razem nasuwało myśl, czy też nie mamy do czynienia ze sprawą kościomykową, co też spowodowało mnie do tego, iż w celu dokładniéjszego zbadania téj miednicy, przepiłowałem ją wzdłuż płaszczyzny środkowéj ciała. Przekrój ten uwidocznił, że przypuszczenie było słuszne, gdyż, jak to widać na dołączonéj tablicy, znajdują się tu wybitne zmiany kościomykowe, odpowiadające najniższemu stopniowi kościomyku, według podziału Lambla tj. spondylolysis (Fig. 3b) i równocześnie widzieć można rozszerzenie kanału rdzeniowego w okolicy 4 i 5-go kręgu lędźwiowego oraz pierwszego krzyżowego (Fig. 3c) (*Hydror-*

hachis), a która to zmiana, idąc za zdaniem Neugebauera, powstała następowo wskutek zmian kościomykowych. W dalszym ciągu poniżej rozszerzenia możemy jeszcze widzieć zwężenie kanału rdzeniowego, a przypisać je należy równoważącemu wygięciu ku tyłowi kości krzyżowej.

Fig. 3.



Wreszcie obok zmian wyż opisanych widzimy, że miednica ta jest nader lekką i na przekroju okazuje znacznego stopnia zgąbczenie kości (*osteoporosis*), które niezawodnie przyczyniło się, do tem łatwiejszego złamania miednicy, i dozwala przypuszczać, że nawet nieznaczny uraz mógł był być

przyczyną tak licznych złamań miednicy. W każdym razie przypuścić należy, że miednica pochodzić musi z osoby podeszłéj.

Czyniąc pewne uwagi nad złamaniem, muszę nadmienić jeszcze, że stosunkowo rzadszem jest to złamanie z tego względu, że dotyczy strony lewéj miednicy, gdyż o ile mi wiadomo, to prawie wszystkie przypadki, do téj pory opisane, dotyczą strony prawéj, i znaną mi jest tylko jedna miednica złamana po stronie lewéj, opisana przez Gusserowa (l. c.), który również zwraca uwagę na tą okoliczność i zaznacza rzadkość złamań miednicy po stronie lewéj.

Nadto wspomnę jeszcze, że co do samego skośnego ścieśnienia wskutek złamania kości miednicy istnieją różne zdania autorów. Gusserow pierwszy udowadnia, że zmiana ta musi powstawać podczas leczenia samego złamania, przyczém wyklucza działanie ciężaru tułowia, jak to Lambl przypuszczał, lecz przypisuje w pierwszym rzędzie wywołanie tych zmian wpływowi mięśni brzusznych i mięśni: *iliacus internus i ileopsoas*, na odłamki kostne. Mars w swéj pracy „Miednica skośnie ścieśniona wskutek złamania“ „Przegląd lekarski“ 1889), przypuszcza i wykazuje, że prócz działania mięśni przez Gusserowa podanych i inne nie pośledni wpływ wywierają na zniekształcenie złamanéj miednicy, że zatem obok niezaprzeczonego wpływu mięśni brzusznych i wątpliwego wpływu mięśni: *iliacus internus i ileopsoas*, wywierają wpływ główny mm: *obturator internus, obturator externus i quadratus femoris*. Przyglądając się dokładnie opisanéj miednicy, musimy przyznać słuszność zapatrywaniu Marsa, gdyż wszelkie wygięcia tejże miednicy, lepiéj dają się wytłomaczyć działaniem mięśni przez niego wyliczonych i dlatego też przychylam się do jego zapatrywania. Zwracając uwagę na powstanie zmian kościomykowych w tym przypadku, możnaby mojem zdaniem odnieść je także do złamania, idąc za zdaniem Neugebauera, który w obszernych i licznych pracach nad kościomykiem udowodnił, że pewna część tych zmian zawdzięcza swe powstanie złamaniu lub nadłamaniu łuku odpowiedniego kręgu lędźwiowego i następowemu wydłużeniu tegoż, przy czém wy-

rostki stawowe (*Processus articulares ascendentes et descendentes*) ze swego położenia zupełnie nie zostają wyparte. W przypadku niniejszym można sobie ten stosunek w ten sposób wytłomaczyć, że podczas działania urazu nietylko uległy złamaniu wyżéj wymienione kości miednicy, lecz że uległ pęknięciu łuk lewy kręgu piątego lędźwiowego, i że to dało powód do powstania kościomyku, za czémby jeszcze przemawiała i ta okoliczność, że trzon kręgu piątego lędźwiowego, jest nawet lekko skręcony koło swéj osi podłużnéj ku stronie prawéj t. j. ku téj, po któréj złamania nie było. Gdyby jednak ktoś chciał uważać sprawę jedną jako zupełnie niezależną od drugiéj, to nie możnaby mu żadnego uczynić zarzutu, szczególnie wobec braku spostrzeżeń klinicznych w niniejszym wypadku.

VIII. Posiedzenie z dnia 9 grudnia 1891.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10-iu.

---

1) Odczytanie protokółu.

2) Prof. Frommel z Erlangi zawiadomił Kolegę Przewodniczącego, że Dr. Neugebauer z Warszawy objął referaty z dzieł lekarskich ruskich i polskich do *Jahresbericht Frommla* i prosi, by wszelkie prace odsełać do Dra Neugebauera w celu umieszczenia odpowiedniego z nich sprawozdania.

3) Kol. Braun przedstawił dziecko urodzone przed 3-ma dniami żywe z guzem w okolicy kości krzyżowéj, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, twardym, pokrytym skórą mocno unaczynioną, w jednem miejscu broczącą, na którego przedniéj ścianie leży otwór stolcowy.

Według zdania Kol. Przewodniczącego guz ten może odpowiadać zmienionemu patologicznie gruczołowi Luschki.

5) W dyskusyi nad miednicą przedstawioną przez pana Zolla na ostatniem posiedzeniu zabiera głos kol. Mars który uważa ową miednicę jako rzadką, bo miednice kościomykowe należą wogóle do miednic rzadkich, a miednica okazana jest nadto skutkiem złamania skośnie ścieśnioną i wykazuje rozszerzenie, wprawdzie małego stopnia, przewodu pacierzowego w okolicy

5 kręgu lędźwiowego i znaczne wysunięcie trzonu tegoż kręgu ku przodowi.

Kol. Przewodniczący uważa obsunięcie się kości w danym razie za bardzo małe.

Na zapytanie kol. Cerchy, na jakiem tle to zboczenie powstało, dodaje kol. Mars, że już samo złamanie mogło dać powód do kościomyku.

Kol. Przewodniczący zaznacza, że przez niego opisane miednice z exostosis wydają się być kościomykowe acz popobnych objawów niema.

6) Kol. Wiszniewski przedstawił 4-tygodniowe jajo płodowe pochodzące od wieloródki, która rodziła 4 razy i cierpiała na *endometritis haemorrhagica.*

7) Kol. Harajewicz opisał:

Kilka przpadków leczonych elektrycznością podług metody D-ra Apostolego.

Mało który z działów ginekologii może się pochwalić tak bogatą literaturą, jak dział leczenia chorób niewieścich za pomocą prądu elektrycznego.

Nasze jednak piśmiennictwo zupełnie w téj kwestyi zamilkło. Dlatego też mniemam, że kto tylko ma sposobność działania w tym kierunku, winien własnemi spostrzeżeniami podzielić się z swymi kolegami.

Podnoszę to zaś w tej myśli, że chociaż bardzo skromnemi są moje daty, to wraz z innemi zebrane, mogą choć w części przyczynić się do ustalenia sądu o wskazaniach jasnych do stosowania prądu elektrycznego. Zaraz po powrocie od Apostolego, u którego pod osobistym jego kierunkiem studyowałem jego metodę, miałem sposobność leczenia 3 przypadków, do różnych działów chorób kobiecych należących i te przypadki obecnie podaję.

A. L. z pod Rzeszowa, lat 26, niezamężna, nie rodziła i nie roniła. Regularność od 18 roku życia z początku samego w połączeniu z miernemi boleściami. W rok jednak po wystąpieniu miesiączki boleści wzmogły się w wysokim stopniu w krzyżach i dołem brzucha, gdzie przybrały charakter kurczowy. Bóle rozciągały się aż w uda; regularność zaś sama była skąpszą. W jakiś czas potem, ale bliżéj przez chorą nie określony, boleści tak się wzmogły,

że nietylko towarzyszyły regularności, ale i bez niéj chorą tak dalece trapiły, że musiała większą część czasu w łóżku spędzać, aby ulżyć nieco męczarniom. Do tego dołączyło się parcie na mocz, które od roku tak się spotęgowało, że chora musi kilkanaście razy na dzień oddawać takowy; zaparcie stolca stałe. Obecnie mniéj lub więcéj także od roku regularność występuje wprawdzie w jednakich odstępach czasu, ale trwa 7—9 dni, ze spotęgowanemi do wielkich rozmiarów boleściami. Temi do ostateczności doprowadzona chora, gdy i spokojne leżenie w łóżku nie sprawia już ulgi dostatecznéj, chwyciła się środka rozpaczliwego i zaczęła alkoholem przytłumiać nieznośne dolegliwości i według własnego podania uczynionego z wielkim wstydem, doprowadziła prawie do garnca zwyczajnéj wódki dziennie. Ustawiczne te boleści potęgujące się śród chodzenia dały powód, że chora nie chodzi, ale łazi bardzo powoli skulona i to tylko w razie koniecznéj potrzeby, niczem zaś zajmować się nie może. Do tych cierpień dołączył się też wkrótce brak apetytu i snu, to też chora przedstawia obraz wynędznienia strasznego. Niedokrewna w wysokim stopniu, wychudzona i tak nerwowo rozdrażniona, że wielkiéj potrzeba było cierpliwości i wyrozumiałości, nietylko aby ją do zbadania nakłonić, ale nawet aby się szczegółów przebiegu choroby dowiedzieć.

Stan obecny. Badana po raz pierwszy d. 3/III 1891 przedstawiała obraz następujący: Osoba wzrostu prawie małego, skóra ziemisto-blada, na twarzy, nosie i czole mnóstwo plamek czerwonych i krost świeżych (*acne*). Podściółki tłuszczowéj brak zupełny, na kończynach dolnych koło kostek obrzęki surowicze. Błony śluzowe sinawo blade. Klatka piersiowa wązka i szczupła, ale w płucach żadnych wybitnych zmian wykazać nie można. W układzie naczyniowym znalazłem buczenie nad żyłami szyjnemi, tony sercowe głuche i słabe, ale czyste, tętno drobne i słabe, 100 uderzeń na minutę. Powłoki brzuszne tak napięte, że w jamie otrzewnowéj nic absolutnie wymacać nie można, a położenie choréj na wznak z przyciągniętemi do brzucha kolanami i spokojne oddychanie otwartemi ustami, na to napięcie zupełnie nie wpływają. Odgłos wypukowy na brzuchu bębenkowy, tylko pas szeroki na dwa palce nad spojeniem łonowem daje odgłos przytłumiony. Przedsionek blady, ujście cewki prawidłowe. Wejście do pochwy zamknięte błoną dziewiczą, przez któréj środkowo umieszczony otwór palec wskazujący zaledwie przeprowadzić się daje. Błona śluzowa i ściany pochwy zboczeń nie przedstawiają. Część pochwowa maleńka

jak ziarno bobu, miękka, słoikowata, zwróconą jest ujściem zewnętrznem zupełnie ko kości krzyżowéj, tworzy półkolistą szparkę, którą końcem palca nakryć można, sklepienia wszystkie nieco wypuklone i twarde, przesuwalne jednak na obrzęku nad niemi umieszczonym, twardym, okrągławym, o gładkiéj powierzchni. Granic tego guza niepodobna oznaczyć raz z powodu twardości powłok brzusznych, a powtóre że tak ściśle przylega do ścian macicy małéj w próżni tejże, że pomiędzy niemi a guzem niepodobna palca wyżéj wprowadzić, Skutkiem tego guz jest zupełnie nieruchomym. Bolesność daje się w każdym badanym punkcie wyśledzić, a największa od spojenia łonowego i od kości krzyżowéj. Położenia ani ułożenia macicy w tych warunkach rozumie się że niepodobna oznaczyć, wszędzie na jednostajny opór natrafiając, od jednolitéj zbitéj masy pochodzący. Badanie przez odbytnicę pozwala wykazać, że guz i do wygięcia kości krzyżowéj przylega zostawiając tylko szparę, przez którą uciśnięta odbytnica przechodzi. W ostatnich czasach, t. j. od 5 miesięcy, oprócz obfitéj regularności występują nieprawidłowe krwawienia.

Na podstawie tego stanu rozpoznałem z wszelkiem prawdopodobieństwem *Tumor fibrosus uteri ad parietes pelvis adhaerens.*

Dodaję tutaj z wszelkiem prawdopodobieństwem, gdyż wyżéj opisane stosunki zupełnie pewnego rozpoznania nie pozwalały. Gdy jednak stan choréj był bardzo nędznym, wykonanie zaś operacyi długiéj, uciążliwéj i trudnéj uważałem w tych warunkach za zbyt ryzykowne, poddałem chorą leczeniu prądem stałym, którego przebieg i wynik podaję.

Leczenie rozpocząłem 4/IV t. r. Usiłowanie wprowadzenia zgłębnika platynowego do macicy okazało się niemożebnem, z powodu niedrożności kanału téjże i nieruchomości guza, więc musiałem się ograniczyć do pozostawienia sondy w szyi, do któréj wprowadzić się dała na $2^1/_2$ ctm. Mimo to po 3 razowem już zastosowaniu prądu (t. j. 4, 7 i 11 kwietnia) w najwyższéj dawce 94 Mil. Amp. +, nieprawidłowe krwawienia ustały, a ból ciągle chorę trapiący zmniejszył się o tyle, że stał się znośnym i chora może nieco swobodniéj chodzić.

14/IV czwarte posiedzenie. Pomimo rozpoczęcia się regularności zaaplikowałem + 100 M. A., które dobrze zniesione wywołały tylko mierny, ściągający ból od pachwin ku dołowi. Bezpośrednio po posiedzeniu dawniejszy ból wy-

rażnie zelżał i chora czuje się swobodniejszą. Zgłębnik również tylko na 2½ ctm. do szyi daje się wprowadzić.

W następnych dwóch dniach t. j. 15 i 16 kwietnia czuła chora bardzo znaczną ulgę. Mogła swobodniéj chodzić, parcie na mocz wyraźnie się zmniejszyło, a regularność, która dawniéj trwała 7—9 dni, teraz w 5 dniu się ukończyła, była skąpszą z bólami bez porównania mniejszymi i bez skrzepów.

17/IV piąte posiedzenie. Ponieważ krwawienie ustało i uważałem, że dostatecznie już przeciwko niemu prąd dodatni zadziałał, zastosowałem do macicy biegun ujemny, aby przeważnie leczenie zwrócić przeciw bólom jeszcze się utrzymującym, które do pozostałości pozapalnych odnosiłem i w celu usunięcia resztek wypocin. Chora bez żadnego wysilenia zniosła prąd o —130 M. A. Po 5 minutowem posiedzeniu zauważyła bardzo znaczną ulgę.

Od 17 do 24 t. j. przez 5 następnych dni stan jéj tak dalece się poprawił, że boleści prawie wcale uczuwać się nie dawały, parcie było już bardzo małem, a co już po poprzednich posiedzeniach zauważyła, ochota i potrzeba wódki ustąpiła. Mimo tego poleciłem, aby choréj podawano jeszcze od czasu do czasu jakiś wyskowy napój, aby nagłe odsunięcie takowego na stan ogólny nie wywarło złego wpływu. Nie podawano jéj jednak żadnego trunku.

27/IV szóste posiedzenie. 2 noce poprzednie spędziła bezsennie i okazuje znowu silniejsze rozdrażnienie, które odnoszę do odsunięcia alkoholu i do powrotu niezbyt silnych bólów, pieczenia wśród oddawania moczu i skąpego krwawego odpływu. Zastosowałem też + 140 M. A., które dobrze zniosła, poczem 24 i 25 doznawała nieznacznych bólów i krew jeszcze w małéj ilości się pokazywała, lecz 26 i 27 nie było żadnych boleści ani parcia, sen dobry, apetyt lepszy i chora czuła się zupełnie spokojną. Ochoty do wyskoku nie ma żadnéj, wygląda lepiéj. Wyrzuty z twarzy w znacznéj części ustąpiły.

28/IV siódme posiedzenie. + 170 M. A. zniosła wcale dobrze, oddziaływała tylko bólem w krzyżach.

Po tem posiedzeniu pierwszy raz od kilku miesięcy oddała stolec sama dosyć obfity, prawidłowy. Do 1 maja boleści i parcie na mocz utrzymują się w bardzo małym stopniu, upławów żadnych. Chora czuje się znacznie lepiéj i swobodniejsza. Obrzęki koło kostek mniejsze.

1/V ósme posiedzenie. + 180 M. A. zniesione bardzo dobrze. Po aplikacyi zadnych dolegliwości nie miała.

Od 1 do 5 maja boleści nie było, parcie na mocz je-

szcze się utrzymuje, stolec w zupełnym porządku, apetyt i sen dobry.

5/V dziewiąte posiedzenie. +150 M. A. znacznie gorzéj zniesionych aniżeli poprzednie, gdyż ból w krzyżach i nad pachwinami nie dozwolił zastosowania silniejszego prądu. Odtąd aż do 8 maja bólów nie było, parcie na mocz jednakie t. j. bardzo nieznaczne i chora czuje się zupełnie dobrze.

8/V dziesiąte posiedzenie. +150 M. A. zniesionych bardzo dobrze, poczem żadnych znaczniejszych boleści nie czuła, to samo po posiedzeniu. Pierwszy raz w tym dniu zauważyłem, że guz w całości jest miększym, co jednak tylko przez sklepienia wykazać można było, gdyż powłoki brzuszne zostały jak poprzód deskowato twardemi.

9/V wieczorem zaczęła się regularność, *ale tak, że chora o tem nawet nie wiedziała.*

10/V pod wieczór były bolości nieznaczne przez dwie godziny.

11/V dtto.

12/V jedenaste posiedzenie. Od rana znaczne boleści i parcie na mocz. Pogorszenie to nagłe odnoszę do forsownego chodzenia, którego choréj w czasie regularności zabroniłem był stanowczo. +150 M. A. zniosła dobrze, gdyż boleści ustały odrazu i chora czuje się oswobodzoną.

Następnego dnia pokazywały się jeszcze plamy czerwone, które jednak ustąpiły po nocy. Bolesność i parcie dawały się choréj również trochę czuć, ale i te na noc ustawały, śpi zupełnie dobrze.

15/V dwunaste posiedzenie. +160 M. A. wcale dobrze zniesione. Obrzęk miększy wyraźnie, a sonda pierwszy raz weszła bez silnego nacisku na 5 ctm. do szyi. Krwawienie bardzo małe, ból po posiedzeniu nieznaczny.

Do 19/V utrzymywał się ból dołem brzucha mierny i nieznaczne parcie. Apetyt i sen dobry, chora znacznie lepiéj wygląda.

19/V trzynaste posiedzenie. +120 M. A. dobrze zniesionych. Silniejszy prąd wywoływał odczyn bólem dolegliwym w krzyżach, przeto nie podnosiłem nasilenia takowego.

Przez dwa następne dni ból był nieco silniejszym, ale krwawienia żadnego. Parcie na mocz utrzymuje się jeszcze, jakkolwiek znacznie słabsze niż poprzednio. Apetyt i stolec dobry, sen przerwanym był w nocy z 19 na 20 maja z powodu bolesności.

22/V czternaste posiedzenie. + 75 M. A. zaledwie zniesionych. Oddziaływała bólem wielkim dołem brzucha i w krzyżach skutkiem czego ponad 75 M. A. nie podnosiłem nasilenia. Obrzęk cały miększy i nieco tylko, ale zawsze cokolwiek poruszalny.

Po posiedzeniu czuła jeszcze ból silniejszy niż zazwyczaj przez parę godzin, poczem jednak tak ustąpił, że chora w zupełnie dobrym humorze utrzymuje, że jest zupełnie zdrową.

25/V piętnaste posiedzenie. + 150 M. A. zupełnie spokojnie zniesionych. W dniu posiedzenia czuje się zazwyczaj zupełnie wolną od wszelkich dolegliwości, potem zaś wracają na kilka godzin lub dzień mierne bóle, ale i te ustępują. Parcie na mocz zaledwie uczuwalne. Apetyt i sen dobry.

2/VI szesnaste posiedzenie. — 150 M. A. zupełnie bez reakcyi. Ból potem bardzo mały, parcie minimalne.

5/VI siedmnaste — 120
9/VI ośmnaste — 180 } posiedzenie. Nie opisuję
12/VI dziewiętnaste — 100

ich każdego z osobna, bo żadnéj wybitnéj zmiany nie przedstawiają, a po nich bóle zupełnie ustąpiły, jak również i parcie. Obrzęki na kończynach dolnych znikły zupełnie. Guz chociaż od ścian miednicy nie daje się odsunąć, jest jednak poruszalnym i miększym, krwawień nieprawidłowych ani śladu. Apetyt, sen i stolec zupełnie dobre i chora czując się zupełnie dobrze, gdy jeszcze do tego musiała wracać do domu, mimo zachęty z méj strony, aby jeszcze pozostała, usunęła się z kuracyi. Przebyła tylko jeszcze w Krakowie regularność, która trwała od 12 do 16/VI bez boleści i prawidłowo obfita.

Jakkolwiek powyżéj przytoczony obraz stanu chorej i leczenia nie przedstawia wyleczenia zupełnego z pierwotnego cierpienia, przedsięwzięty jednak zabieg usunął w zupełności przykre i niebezpieczne objawy. Innego rodzaju leczenia w tym przypadku nie mogłem obierać, a to z powodu, że stan sił choréj zanadto był nędznym, aby ją poddawać jakiejkolwiek bądź operacyi, wobec miejscowych stosunków bardzo niebezpiecznéj, a leczenie środkami aptecznemi i kąpielowemi nie byłoby mogło szybkiego polepszenia sprowadzić, szczególniéj wobec grożącego niebezpieczeństwa przyzwyczajenia się organizmu do wyskoku.

Już po pierwszych posiedzeniach stan tak się poprawił, że chora nie nalegała o podawanie alkoholu i tylko zbawiennemu wpływowi prądu, który szybko nieznośne objawy przytłumił, przypisać należy wyratowanie choréj od nałogu pijaństwa z konieczności.

Ustąpienie bólów i przywrócenie prawidłowéj funkcyi odbytnicy i pęcherza odnoszę do podwójnego pomyślnego wpływu prądu stałego. A mianowicie dodatni biegun wewnętrznie stosowany usunął zmiany chorobowe w błonie śluzowéj macicy, a przez to i krwotoki, a pobudził do silniejszego skurczenia się całego mięśnia macicy i guza; — ujemny zaś ułatwił wessanie wysięków zapalnych i zluźnienie zrostów na obwodzie obrzęku z narządami sąsiedniemi i ścianami miednicy, przywracając tem samem choć małą jeszcze poruszalność guza i lepsze krążenie.

Ta ogólna poprawa stanu choréj wpłynęła również pomyślnie na przywrócenie utraconego apetytu i snu, dodając sił znacznych pacyjentce, która też w końcu czuła się zupełnie dobrze.

P r z y p a d e k II. Z. D., lat 25, zamężna od 6 lat. Nie rodziła, ale w pierwszym roku po zamążpójściu poroniła w 3 miesiącu ciąży. Regularność od 15 roku życia dosyć skąpa, zawsze w jednakowych odstępach występowała z znacznemi boleściami i kurczami dołem brzucha. Stan ten po poronieniu tak dalece się pogorszył, że chora wśród regularności, trwającéj 4—5 dni, musiała zawsze leżeć, gdyż boleści i kurcze nie dozwalały jéj ani chodzić, ani stać nawet. Kilkakrotny pobyt w Krynicy i kuracyja tamże nie przyniosła najmniejszéj ulgi, a chora drży po prostu przed nadejściem każdego peryjodu, a z nim cierpień.

Stan ogólny nie zdradza w niczem dolegliwości i zmiany głębszéj chorobowéj, gdyż pacyjentka z wyjątkiem pewnego rozdrażnienia nerwowego i często powtarzającego się zaparcia stolca, nie przedstawia żadnych zboczeń, owszem zdrowo i rzeźwo wygląda. Miejscowo, oprócz przodozgięcia macicy i skutkiem niego zagięcia i kanału szyi, innych nieprawidłowości nie znalazłem. Jajniki i trąbki zupełnie prawidłowe.

Na téj podstawie rozpoznałem: *Anteflexio uteri, subsequentestenosi cervicis. Dysmenorrhoea.*

Zaproponowałem też choréj kuracyję prądem stałym, którą przyjęła i stosowanie tegoż rozpocząłem w pierwszych dniach kwietnia 1891 r.

Już po dwukrotnem posiedzeniu, wśród którego ograniczyłem się do nasilenia prądu —40 i —50 M. A., regularność trwała dni 4, była obfitszą i z bólami bez porównania mniejszemi aniżeli poprzednio.

Następne 3 posiedzenia odbyłem w d. 14, 17 i 21 kwietnia. Wśród pierwszego z nich (—75 M. A.) tak jak i wśród poprzednich doznawała chora bólu dosyć nawet przykrego w krzyżach i ściągania dołem brzucha, który się przez dzień następny jeszcze utrzymywał, poczem jednak była zupełnie już swobodną.

Wśród tych też posiedzeń nie mogłem sondy, elektrodę stanowiącéj, wprowadzić do jamy macicy, z powodu bólu, jaki to choréj sprawiało, mimo delikatnego bardzo wprowadzania. Dopiero 17/IV już wśród działania prądu —75 M. A. udało mi się zgłębnik przez ujście wewnętrzne przeprowadzić, poczem natychmiast ból się zmniejszył i po posiedzeniu nie dawał się tak bardzo uczuwać.

29 kwietnia wystąpiła po raz drugi wśród tego leczenia regularność i teraz tak, że chora o niéj nic nie wiedziała i przez cały czas trwania absolutnie żadnéj dolegliwości nie sprawiała. Nie była też obfitszą.

Dla upewnienia się co do skutków leczenia jeszcze dwa razy t. j. 5 maja (—75 M. A.) i 8 maja (—80 M. A.) jej zastosowałem i za każdym razem bez ujemnych i przykrych objawów. Zgłębnik wchodził bez przeszkody.

Uważając pacyjentkę za zupełnie zdrową, pozwoliłem jéj wracać do domu. W przekonaniu o zupełnem wyleczeniu choréj utwierdził mnie list męża pacyjentki otrzymany we wrześniu b. r., w którym dziękując mi donosi, iż żona od czasu leczenia absolutnie żadnych cierpień nie doznaje i czuje się tak zdrową, jaką nigdy dotąd nie była.

P r z y p a d e k III. J. K., zamężna, matka trojga dzieci. Ostatni poród przed 5 laty, nigdy nie roniła. Regularność od 17 r. życia w odstępach jednakowych, nie bolesna, miernie obfita. Czuła się zawsze zdrową, dopiero przed rokiem przebyła zapalenie w dolnéj części brzucha, w połączeniu z wielkiemi boleściami po stronie prawéj. Choroba trwała przez 2 miesiące, a za powód podaje chora zaziębienie podczas miesiączki. Po ustąpieniu gwałtownych objawów rozpoczęły się upławy żółte, obfite i uporczywe, największe przed

regularnością i po niéj. Boleści obecnie chora nie doznaje żadnych.

Stan obecny. Organizm wogóle znakomity. Miejscowo naokoło sromu, na wewnętrznych powierzchniach obu ud i na wargach większych kłykciny kończyste, dosyć liczne, drobne. Przedsionek żywiéj nieco niż prawidłowo zaczerwieniony, obłożony płynem ropiastym, ujście cewki prawidłowe. Wejście do pochwy szerokie, błona śluzowa tejże sucha, dosyć twarda. Część pochwowa nieco niżéj ustawiona, grubsza, dosyć miękka, ujściem szparę poprzeczną tworzącem, ku dołowi zwrócona. Trąbki i jajniki, jak przez badanie skombinowane stwierdzić można, objęte wypociną pozapalną, szczególniéj po stronie prawéj, gdzie trąbka doszła do grubości palca małego; po lewéj trąbka grubości gęsiego pióra. Po prawéj też stronie ucisk wywołuje jeszcze ból. Dodać muszę, że trąbki w całym przebiegu dokładnie dające się wymacać, nie okazywały nigdzie zgrubienia większego, coby mogło naprowadzić na przypuszczenie, że tamże nagromadziła się ropa, lecz były wszędzie jednostajnie grube i twarde. Skutkiem téj wypociny macica w całości większa, grubsza i nieco bolesna jest mało ruchomą. W sklepieniu tylnem żadnych nieprawidłowości.

Z ujścia zewnętrznego wydobywa się obficie ciecz ropiasta, zielonawa, gęsta. Wrzodu nie ma. Upławy te tak są obfite, że mimo bardzo skrupulatnego obmywania się i wystrzykiwania, chora musi najmniéj 6 razy dziennie brać świeżą opaskę.

Chora podaje, że przez trzy miesiące była w leczeniu u jednego ze specyjalistów, który ani trudu ani zachodu nie szczędził, aby przywrócić stan prawidłowy, do pożądanego jednak rezultatu nie był w stanie doprowadzić, upławy bowiem utrzymywały się w równéj mierze.

Rozpoznałem: *Endometritis gonorrhoica, sequente metritide, salpingitide et perisalpingitide praecipue dextra.*

Chcąc wpłynąć dodatnio na zmianę zapalną, według mego przekonania za podstawę mającą gonokoki, postanowiłem zastosować naprzód prąd dodatni w celu zniszczenia tychże i powstrzymania upławów, potem zaś ujemny w celu ułatwienia wessania wysięków pozapalnych i zmniejszenia macicy, przez stan zapalny przewłoczny powiększonéj.

Posiedzenia rozpocząłem w maju.

5/V 1 posiedz. + 60 M. A. zniesionych dobrze. Następowo pokazały się dosyć obfite, krwawe ale blade odchody

które z miernemi boleściami trwały do wieczora, t. j. 6 godzin. Dnia następnego chora czując się lepiéj odbyła daleki spacer, wskutek czego wieczorem dostała silnego bólu w krzvżach, który jednak w nocy ustał. Potem stan zupełnie dobry.

8/V 2 posiedz. + 100 M A. zupełnie dobrze zniesione. Do wieczora dnia tego ból miarny, szczególnie w boku prawym i obfite bardzo upławy. Na drugi dzień już wszakże skąpsze i co ważniejsza, prawie czysto śluzowe.

12/V 3 posiedz. + 100 M A. zaledwie zniesione. Chora przyszła bardzo rozdrażniona. Po posiedzeniu krew się już nie pokazywała, bólu żadnego nie było, a upławy znacznie skąpsze i rzadsze.

16/V 4 posiedz. + 100 M A. bardzo dobrze zniesione, chora czuje się swobodną i spokojną. Odciąłem nożyczkami 4 kłykciny, a 4 drobne przypaliłem *c. aceto trichloroacetico.* Po elektryzacyi do wieczora upławy znowu nieco większe. 17 i 18/V ból silniejszy w krzyżach i boku lewym, wraz z pokazaniém się regularności, która w dalszym ciągu aż do 20/V przebiegała bez żaknych dolegliwości nie obfita.

22/V. Badanie wykazuje zmniejszenie się wybitne wypociny po stronie prawéj, a prawie zupełne usunięcie się takowéj w stronie lewéj.

5 posiedz. + 100 M A. bez żadnych niemiłych objawów zniesione, prócz nieznacznego bóln w środku brzucha (chora oddawała poprzednio stolec z trudnością i w ilości niedostatecznej). Po posiedzeniu resztę drobnych kłykcin przypaliłem *cum aceto trichloroacetico.* Po poprzednio usuniętych kłykcinach pezostały tylko małe blizenki białe. Tego samego dnia pokazały się obfite upławy z domieszką krwi, następnego zaś dnia t. j. 23/V ból mierny w krzyżach i po bokach, 24 zaś i 25 stąn zupełnie dobry, upławy znacznie mniejsze tak, że pacyjentce wystarcza zmienienie 3 razy na dobę opaski.

26/V 6. posiedz. + 120 M. A.

29/V 7. posiedz. — 120 M. A.

2/VI 8. posiedz. + 130 M. A.

Ani podczas posiedzeń ani też po nich nic nie ma osobliwego do zanotowania, oprócz tego, że obecnie stale już i niezmiennie upławy w równej mierze się utrzymujące, tylko śluzowy charakter posiadają.

5/V 9 posiedz. — 135 M. A. bardzo dobrze zniesione. Bólów po posiedzeniu żadnych, czuje się zupełnie swobodną.

Przez następne dni upławy tak się zmniejszyły, że chora nie potrzebowała wcale używać opaski i czuła się bardzo dobrze.

9/VI 10 posiedz. — 135 dobrze zniesione, poczem żadnych boleści nie było. Upławy znowu stały się troszkę obfitszemi. Wogóle pacyjentka czuje się bardzo dobrze.

12/VI 11 posiedz. — 120 zupełnie dobrze zniesione. Upławy skąpe, śluzowe.

Badanie szczegółowe w tym dniu wykazało: Macicę w całości mniejszą i prawidłowo twardą, nie bolesną. Wysięk z lewego sklepienia ustąpił zupełnie, w prawem zaś pozostały tylko ślady w postaci nieznacznego zgrubienia. Bolesności niema żadnéj.

Ponieważ pacyjentka miała opuścić Kraków, aby następne miesiące spedzić na wsi, przeto leczenia zaprzestałem, uważając wobec powyższego stanu wyleczenie za kompletne. Uprzedziłem jednak pacyjentkę, że czas jeszcze jakiś upławy mierne będą się utrzymywały, lecz potem ustaną. Dla doszczętnego zaś usunięcia pozostałych resztek wysięku zapisałem gałki jodowe, których poleciłem zużyć 15 sztuk. Wśród całego tego leczenia, oprócz wstrzykiwań śródpochwowych $1^1/_5\%$ rozczynu kwasu karb. i zmywań zewnętrznych letnią wodą, chora żadnych leków nie używała.

Wynik leczenia był najzupełniejszym, gdyż we wrześniu zgłosiła się do mnie pacyjentka, z uciechą opowiadając że upławy całkowicie ustały i bólów żadnych nie ma nawet wśród peryjodu, a badanie wewnętrzne okazało przywrócone prawidłowe stosunki części rodnych.

Przytoczyłem tutaj trzy tylko przypadki, raz dlatego, że inne albo mam jeszcze w leczeniu, albo też nie byłem w stanie bliższych wiadomości zasięgnąć co do stanu zdrowia leczonych, powtóre, że ograniczyć się musiałem li tylko do przypadków z prywatnéj mojéj praktyki.

W każdym razie, chociaż nieliczne, stwierdzają przebiegiem swoim te zalety, jakie jednomyślnie wpływowi prądu stałego przypisuje, t. j. kojenie bólu, tamowanie nieprawidłowych krwotoków, ułatwienie wessania produktów zapalnych i usuwanie łatwe, niebolesne i stałe zwężeń kanału szyi a przez to utrudnionego miesiączkowania.

W leczeniu stosowaniem prądu stałego posługuję się maszyną elektryczną z fabryki Gaiffego z Paryża o 24 ele-

mentach Leclancha, które w zupełności wystarczają do rozwinięcia dostatecznej siły prądu, bo doprowadzić można do 250 M A., które niemal zawsze wystarczają. Dozowanie zaś siły prądu regulować się daje za pomocą czułego galwanometru z téj saméj fabryki, który w kształcie małego zegara gdziekolwiek przy maszynie ustawić się daje.

Jako bieguna działającego śródmacicznie używam zgłębnika platynowego, łatwo i dokładnie dającego się czyścić i odrażać, a nie ulegającego rozkładowi pod wpływem prądu.

W dyskusyi zabiera głos kol. Kohn, który z opisu kol. Harajewicza, uważa, że pod wpływem prądu elektrycznego ustąpiły dolegliwości, lecz nie chce wyciągać wniosku aby przez to i zmiany chorobowe zostały usunięte. W przypadku przodozgięcia i bolesnego miesiączkowania uważa już samo wprowadzenie sondy do jamy macicy za leczenie. W przypadku rzerzączki macicy i trąbek, stosowanie prądu ujemnego wydaje mu się być nie wyjaśnione.

Kol. Obaliński wnioskuje, że leczenie włokniaków elektrycznością musi być uzasadnione skoro Spenzer Wels twierdzi, że przed każdą myomotomią ma być stosowana elektryczność jeżeli niema nas spotkać zarzut, że porywczo przystępujemy do myomotomii.

Kol. Rosner nie umie sobie wytłomaczyć jak w przypadku włokniaków macicy już samo wprowadzenie sondy do szyjki macicznéj leczyło sprawę chorobową, skoro jest zdaniem Prochownicka potrzeba przyżegnania błony śluzowéj włókniaka by krwawienie usunąć.

Kol. Cercha uważa przepłukiwanie kwasem karbolowym w przypadku rzerzączki za czynnik leczniczy bardzo ważny.

Kol. Mars wypowiada wogólności swoje zdanie dotyczące leczenia chorób narządu płciowego za pomocą elektryczności. Przedewszystkiem, zaznacza, że od lat 10 używal prądu stałego w przypadkach braku miesiączki i w wielu przypadkach z pomyślnem wynikiem. Przytacza dwa przypadki odnośne w których miesiączkowanie wywołał, mimo, że brak tegoż trwał czas dłuższy. Jeden leczony w r. 1882 dotyczył izraelitki z Lublina, która przed i przez lat 18 po zamążpójściu nie miesiączkowała i była niepłodną. Osoba ta leczyła się wciąż bezskutecznie. M. zastosował prąd stały, po kilkunastu posiedzeniach wystąpiła miesiączka, która powracała pózniej regularnie i osoba ta rodziła póżniéj 2 razy i cieszy się obecnie dwoma córkami. Drugi przypadek dotyczył także izraelitki, która mu została nadesłaną przez

pierwszą pacyjentkę, a która cierpiała na brak miesiączki i niepłodność. Osoba ta była już kilkanaście lat zamężną. M. zastosował u niéj również prąd stały kilkanaście razy i wywołał miesiączkę regularnie powracającą. Czy osoba ta zaszła w ciążę, nie wie.

W innych przypadkach miewał wynik mniéj trwały i przypadki z wynikiem ujemnym.

Bądź co bądź nauczył się cenić doniosły wpływ elektryczności na narząd płciowy szczególniéj tam, gdzie idzie o pobudzenie upośledzonego rozwoju tych narządów.

Wnosząc z tych wyników, jakie otrzymano na klinice krakowskiej metodą Apostoliego i z literatury, uważa rozgłos, jakiego ta metoda w ostatnich latach nabrała, za przesadzony.

Przypadki wyleczenia doszczętnego włókniaków są niepewne, tem więcéj, że możebną jest pomyłka w rozpoznaniu. Przytacza przypadek z praktyki, w którym kilku ginekologów i on sam rozpoznał włókniaki macicy, macica była pokryta zbitymi okrągłymi guzami; guzy te w ciągu 6-ciu tygodni ustąpiły zupełnie i M. przyszedł do przekonania, że zaszła pomyłka w rozpoznaniu i że miał z guzami wypocinowymi do czynienia.

Zmniejszenie krwotoków tłomaczy sobie skurczeniem się mięśnia macicznego prądem elektrycznym drażnionego, co w wielu przypadkach innemi sposobami uzyskać można. W przypadkach spraw zapalnych obawiałby się używać elektryczności, gdyż widział w praktyce własnéj pogorszenie.

W każdym razie przyznaje wielką zasługę Apostoliemu i sądzi, że sposób ten leczenia zasługuje wielce na dalsze badanie i że skoro pierwszy entuzyazm minie i więcéj będziemy mieli doświadczenia w tem leczeniu, będziemy go mogli w wielu przypadkach z korzyścią używać.

Kol. Harajewicz zaznacza z naciskiem, że nie jest tego zdania jakoby elektryczność usuwała zawsze cierpienia, bo po największéj części usuwa tylko dolegliwości.

